WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

MIESIĘCZNIK LISTOPAD

ROK IX 1938 NUMER 10

FARMAKOLOGICZNE LECZENIE GRUŹLICY PŁUC

Prof. dr *Pfannenstiel* (Med. Welt 1937, Nr. 8); dr *Bochalli*, Uzdrowisko Niederschreiberhau (Beitr. z. Kl. d. Tbk. 1937, tom 89); dr *Apitz*, Beelitz-Berlin (Beitr. z. Kl. d. Tbk. 1937, tom 89); dr *Hasselbach*, Agra-Lugano (Dtsch. Tbk.-Blatt 1936, Nr. 9); dr *Freuchen*, Kopenhaga (Ugek. Z. Laeger 1937, Nr. 10); *dr W. Schrade*, Poliklinika Wewn. w Bonn (ref. według Fortsch. Ther. 1936, Nr. 12); prof. *Schlossberger*, prof. *Bacmeister* (D. Tub. Kongr.; Wiesbaden, 1937) i inni.

Leczenie wypoczynkowe i uciskowe stanowi najważniejszą podstawę terapii gruźlicy płuc. Doświadczenie kliniczne poucza jednak, że leczenie to przeważnie wymaga jeszcze odpowiedniego uzupełnienia. Zjazd Przeciwgruźliczy w Wiesbadenie (1937) przypomniał o znaczeniu tuberkuliny, której stosowanie zostało ostatnio niesłusznie zaniedbane. Coraz większe znaczenie przypisuje się obecnie również specjalnej diecie. W rzeczywistości jednak nie istnieje żadna dieta, którąby można było wyłącznie polecać. Stosunkowo największe uznanie pozyskała małosolna dieta przeciwzapalna. Ponadto pożywienie powinno obfitować w witaminy i mieć znaczną wartość kaloryczną. Właściwe leczenie farmakologiczne ma na celu zwiększenie skuteczności leczenia swoistego i terapii dietetycznej oraz zapobieganie, łagodzenie lub usuwanie poszczególnych objawów gruźlicy płuc, jak odpluwanie, kaszel, bóle w piersiach, krwawienia płucne i t. d.

Środki wzmacniające (arsen i inne). Środki wzmacniające dążą właściwie do tego samego celu co dieta; często dopiero leki wzmacniające pobudzają niedostateczny poprzednio apetyt i umożliwiają w ten sposób wykorzystanie pożywienia. Dla zwiększenia łaknienia stosuje się zwykle arsen, który nie tylko wywołuje pewne uczucie głodu, lecz zapobiega również rozpadowi tkanek ustrojowych, gdyż arsen (np. Elarson) sprzyja przyswajaniu i hamuje procesy rozkładowe. Ponadto arsen — zwłaszcza w połączeniu z żelazem (np. Elarson z żelazem) — skutecznie przeciwdziała zwiększonemu rozpadowi krwi albo pomaga do szybszego wyrównania strat w przypadkach krwioplucia. Preparaty żelazowo-arsenowe są wogóle lekami bardzo odpowiednimi dla anemicznych chorych gruźliczych. Zwłaszcza Solarson, aczkolwiek w sposób nieswoisty, do-

skonale zapobiega zwiększonemu zużyciu materii. Również związki kwasu fosforowego, ew. w połączeniu z wyciągami wątrobowymi (np. Tonophosphanu + Campolon) zwiększają siły ustroju i zwalczają niedokrwistość. Tonophosphan i Campolon można stosować w jednej strzykawce.

Także hormon trzustkowy insulina zwiększa do pewnego stopnia apetyt, jednakże niektórzy lekarze obawiają się stosowania insuliny u chorych na gruźlicę z powodu niebezpieczeństwa wywołania odczynu ogniskowego, który nie jest przecież wykluczony, ze względu na białkowy charakter insuliny; również zatrzymanie wody przez insulinę nie jest przy gruźlicy sprawą obojętną. Zwiększenie się wagi nie należy tu jednak tylko od zatrzymania wody, lecz również od pobudzenia apetytu przez hipoglikemię insulinową. Vogan (witamina A) jest według *Schradego* wskazany przede wszystkim w przypadkach, w których zależy nam na zwiększeniu wagi chorego. Dla poprawienia apetytu w razie niedoboru zaczynów żołądkowych wchodzi w rachubę Acidol-Pepsyna. *Freuchen* podaje, że zaczyny trzustkowe + hemicellulaza (Festal) również przyczyniają się do zwiększania wagi wyniszczonych chorych przez lepsze wykorzystanie pożywienia. Zaburzenia kiszkowe zwalczamy węglem zwierzęcym. Również Luminal ma ułatwiać tuczenie chorych; większość autorów uważa, że zwiększanie wagi ciała, istotnie stwierdzane pod wpływem stosowania Luminalu, zależy głównie od zmniejszenia przemiany podstawowej. *Schrade* przypuszcza jednak, że Luminal działa tu raczej jak tłumik pobudliwości, która jest często u gruźlików nadzwyczaj wzmożona i jest jedną z przyczyn nadmiernego chudnięcia; być może jednak, że również i zwiększenie czynności tarczycy odgrywa tu pewną rolę. *Schrade* stosuje Luminal w postaci Luminaletek po 0,015 g; rano chorzy otrzymują 1, w porze obiadowej 2 i wieczorem 3 Luminaletki. Jednoczesne przytłumienie podrażnienia kaszlowego jest również objawem bardzo pożytecznym.

Witamina C. Podczas gorączki ustrój zużywa więcej witaminy C, wobec czego stosowanie tej witaminy jest wskazane dla pokrycia zwiększonego zapotrzebowania. Rozumie się samo przez się, że chory na gruźlicę, z prawidłową gospodarką witaminy C, będzie się czuł lepiej niż pacjent, u którego hipowitaminoza C osłabia jego naturalne siły obronne. Żadnych nadzwyczajnych wyników leczniczych od stosowania witaminy C spodziewać się jednak nie należy. Witamina C (Cantan) może jednak do pewnego stopnia zmniejszać skłonność do krwawień a ponadto poprawia tolerancję niektórych środków leczniczych, jak złoto, arsen, tuberkulina. Przeciętna dawka dobowa witaminy C dla ludzi zdrowych wynosi według *Steppa* 50 mg; chorym na gruźlicę należy oczywiście podawać dawki większe, ze względu na wzmożone zapotrzebowanie witaminy C. Jednocześnie nie wolno zaniedbywać również i pozostałych witamin, A (Vogan) i D (Vigantol).

Dieta. Swoistej diety leczniczej, wskazanej w gruźlicy płuc, w ogóle nie ma *(Apitz).* Niektórzy autorzy osiągali pomyślne wyniki terapeutyczne za pomocą diety małosolnej; stosowanie tej diety jest jednak związane z niebezpieczeń-

stwem podawania niedostatecznej ilości naturalnych witamin. Jako pożywienie o dużej wartości kalorycznej wskazane jest masło i śmietanka. Odżvwianie nadmierne, dążenie do wielkiego utuczenia chorych gruźliczych, równie, często stosowane, jest według *Schradego* zbyteczne, a być może nawet szkodliwe.

Zwalczanie gorączki. Jako środki przeciwgorączkowe stosuje się Novalginę lub Pyramidon. Nie wolno tu jednak ograniczać się do schematycznego podawania leków „3 razy dziennie". Nawet uporczywą gorączkę udaje się prawie zawsze przezwyciężyć, jeżeli podawać w dzień co godzinę, a w nocy co 2 godz. po 0,1 g Pyramidonu lub Novalginy. Przezwyciężenie gorączki wywiera zwykle nadzwyczaj pomyślny wpływ na psychiczny i fizyczny stan chorego. Chory uważa zwykle osiągnięcie stanu bezgorączkowego za początek okresu zdrowienia, samopoczucie jego poprawia się wyraźnie, apetyt i waga ciała zwiększają się i t. d.

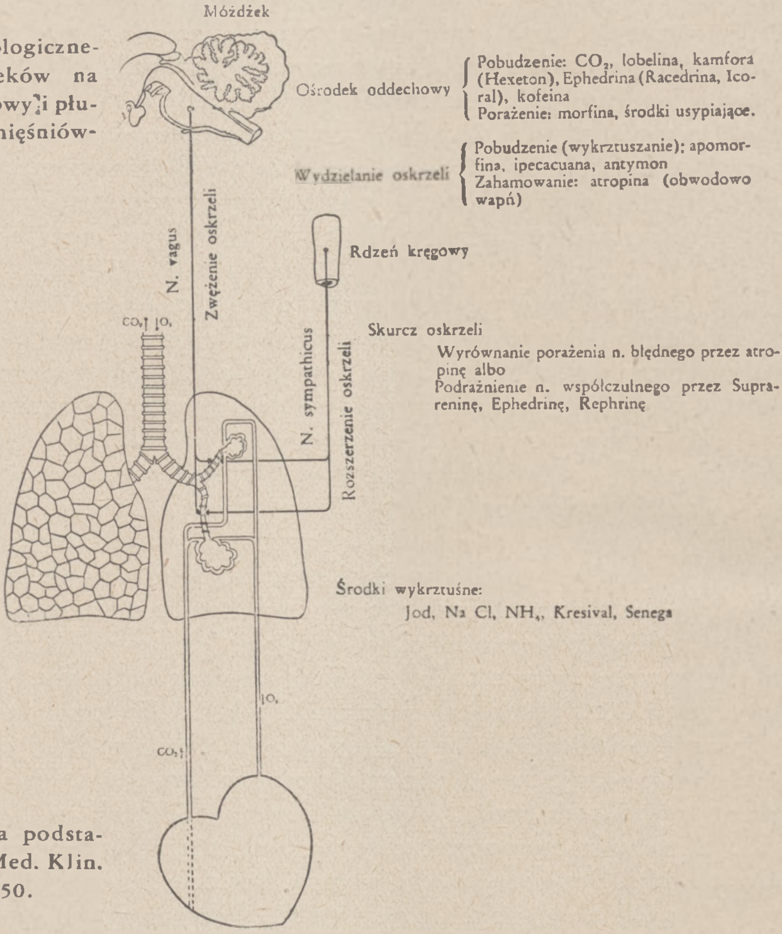
Leczenie potów nocnych. Poty nocne leczymy zabiegami fizycznymi, jak np. nacieraniami wodą octową i t. p. Ponadto stosuje się atropinę (Eumydrinę), agarycynę, kwas kamforowy (Hexeton), wapń i t. d. Wszystkie te środki działają różnymi, częściowo jeszcze niewyjaśnionymi sposobami, hamując wydzielanie gruczołów potowych, zmniejszając przepuszczalność tkanek i t. d.

Uśmierzanie kaszlu i bólów w piersiach, środki wykrztuśne. Wspominaliśmy już powyżej, że Luminal, który łagodzi nadmiernie wzmożoną pobudliwość gruźlików i zmniejsza spalanie, może przytłumiać również podrażnienie kaszlowe. W przypadkach bardzo silnego i uporczywego kaszlu nie możemy się często obejść bez kodeiny, heroiny lub morfiny. Przy stosowaniu tych narkotyków powinniśmy być tym ostrożniejsi, im rokowanie jest lepsze. Środki te są bezwzględnie wskazane, zwłaszcza dla szybkiego uśmierzenia kaszlu w przypadkach krwioplucia. Przy bardzo silnej duszności zaleca *Schrade* naparstnicę.

Pyramidon i Novalgina łagodzą również bóle piersiowe. Morfiny stosować zasadniczo nie należy, ze względu na niebezpieczeństwo wywołania nałogu. Jedynie w przypadkach zupełnie beznadziejnych, w których nie ma już żadnych szans uratowania chorego, możemy stosować morfinę bez poważniejszych zastrzeżeń, gdyż bywa ona czasem jedynym środkiem łagodzącym cierpienia chorego. Dawniej przy „bólach piersiowych" stosowano często również kamforę, która działała nierzadko tak pomyślnie, że niektórzy autorzy uznawali nawet bezpośrednie, swoiste, bakteriobójcze działanie kamfory na laseczniki gruźlicze. Pogląd ten jest, oczywiście, zupełnie błędny, jednakże ustąpienie skurczu oskrzeli pod wpływem kamfory lub Hexetonu, może wywrzeć tak pomyślny wpływ na uporczywy kaszel gruźlików, prowadzący nierzadko do krwioplucia, że możemy zrozumieć przypisywanie jej „działania swoistego". Poprawa po kamforze może być częściowo również pochodzenia psychicznego; uporczywy kaszel i nieprzyjemne wymioty ustępują, chory przestaje ze strachem oczekiwać nowych napadów kaszlowych; po poprawie, początkowo tylko podmiotowej, następuje później również istotna poprawa przedmiotowa. Podawanie środków wykrztuśnych jest stosunkowo rzadko potrzebne. Dla osiągnięcia szybkiego działania wykrztuś-

nego wystarczają ipekakuana, jodek potasu, kreozot, Kresival i t. p. (patrz schemat poniżej). Jodek potasu stosowano dawniej często w przypadkach przebiegających z suchym kaszlem w celu otrzymania plwociny, niezbędnej dla wykrycia ew. laseczników gruźliczych.

Schemat farmakologicznego działania leków na ośrodek oddechowy i płuca (śluzówkę i mięśniówkę oskrzeli).



Dane zebrane na podstawie ankiety w Med. Klin. 1936, Nr. 49 — 50.

Inhalacje: roztwór soli kuchennej, woda emska, eukaliptus, adrenalina, hypophysina, atropina, anaesthesina.

Rozrzedzenie wydzieliny i wykrztuszanie: jodek potasu, sole rodanu, chlorek amonu, Mixtura solvens, Liquor ammonii anisatus, siarka, ipekakuana, senega, tymianek, guajakol, kreozot, kresival, apomorfina, cukier.

Ograniczenie wydzielania: mentol, eukaliptus, wapń, teofilina, salyrgan, naparstnica.

Zmniejszenie skurczu oskrzeli: atropina, hypohysina, adrenalina, ephedryna, theominal, azotyn amylu, chinina.

Uspokojenie kaszlu: kodeina, thebaina, heroina, brom z walerianą, luminaletki.

Pobudzenie odkasływania: lobelina, icoral, kamfora, eter, alkohol, prymulki, olejek anyżkowy, kwas benzoesowy.

Leczenie rozszerzeń oskrzeli: neosalvarsan, chinina, kamfora.

Usuwanie przykrego zapachu: mentol, eukaliptus.

Leczenie krwioplucia. Przy krwawieniach płucnych staramy się zatamować krwawienie za pomocą stosowania żelatyny, normalnej surowicy lub wapnia. Przy silniejszych krwotokach płucnych wapń, który zmniejsza przepuszczalność naczyń i przyspiesza krzepnięcie, niestety często zawodzi. *Bürger* i *Schrade* (Klin. Wschr. 1936) opisują, że podanie 100 g oliwy znacznie skraca czas krzepnięcia. Związki pektynowe, witamina C (C a n t a n i inne), M a n e t o l (wyciąg z rdzenia kręgowego), przedstawiają nowe środki przeciwkrwotoczne, których mechanizm działania nie został jeszcze ostatecznie wyjaśniony. Witamina C zmniejsza przepuszczalność naczyń, dopiero później następuje zwiększenie się ilości płytek krwi, sprzyjające krzepnięciu. Przy krwawieniach z większych naczyń leczenie to okazuje się bezskuteczne. M a n e t o l skraca czas krwawienia; dalsze badania wykażą, jaki jest jego wpływ również na proces krzepnięcia. Dotychczasowe spostrzeżenia dowodzą w każdym razie, że Manetol przyspiesza krzepnięcie. Często pomagają również stare środki ludowe. Nie ulega wątpliwości, że doustne podawanie soli kuchennej jest skutecznym zabiegiem przeciw krwotokom płucnym; czy sól ta działa jako środek farmakologiczny, czy też raczej drogą psychiczną, nie zostało jeszcze ostatecznie wyjaśnione. Kto przypisuje większe znaczenie działaniu farmakologicznemu, może wstrzyknąć kilka cm^3 10%-owego roztworu soli kuchennej dożylnie. Nie należy jednak nigdy pomniejszać znaczenia czynnika psychicznego. Chory jest przeważnie przestraszony i podniecony. Również zachowanie się otoczenia nie przyczynia się przeważnie do uspokojenia pacjenta. Dla uspokojenia chorego niezbędne jest często stosowanie kodeiny i t. p.

Hormony. Nie znamy dotychczas prób leczenia gruźlicy wyłącznie hormonami. Przyczynki do hormonoterapii gruźlicy płuc są dotychczas bardzo nieliczne. Najbardziej znane jest wspomniane już powyżej leczenie „tuczące" za pomocą insuliny (*Ahlenstiel*, Dtsch. med. Wschr. 1926, str. 1163; *Hofhauser* i *Schön*, Beitr. Klin. Tbc. 1926, tom 63 i wielu innych). *Dünner* i *Dohrn* (Münch. med. Wschr. 1928, str. 974) odradzają stosowania insuliny u gruźlików, gdyż obawiają się aktywacji ognisk gruźliczych ze względu na białkowaty charakter insuliny; zastrzeżenia te nie zostały jednak powszechnie uznane. Hormony tarczycy należy uważać za przeciwwskazane, gdyż gruźlica już sama przez się przebiega ze zwiększonym spalaniem. *Steinbach* (Am. Rew. Tbc. 1932, tom 26, str. 52) wykazał jednak w doświadczeniach na szczurach, że usunięcie tarczycy i gruczołów przytarczycznych zwiększa wrażliwość zwierząt w stosunku do gruźlicy w stopniu silniejszym, niż usunięcie samych tylko przytarczyczek. *Hittmair* (Z. Klin. Med. 1925, tom 102, str. 412) zbadał w Tyrolu i Styrii 500 osób i stwierdził, że obecność wola (Struma parenchymatosa) wpływa nadzwyczaj pomyślnie na rokowanie schorzeń gruźliczych. Jest rzeczą zrozumiałą, że niedobór paratyreoidyny, regulującej wapniową przemianę materii, zwiększa wrażliwość na gruźlicę, jak to wykazał *Steinbach* w doświadczeniach na szczurach. *Gordin* i *Cantarow* (Pensylv. Med. Journ. 1929, marzec) twierdzą, że paratyreoidyna działa pomyślnie w gruźliczych krwawieniach płucnych. Również *Vajda*

(Gyogyaszat 1929, Nr. 12) uważa stosowanie paratyreoidyny przy gruźlicy płuc za całkowicie uzasadnione i wskazane ze względu na pomyślny wpływ tego hormonu na przemianę wapniową i poprawę obrazu krwinek białych; spostrzeżeń klinicznych w tej sprawie dotychczas jednak nie posiadamy. Preparatów gruczołów płciowych w leczeniu gruźlicy płuc nie należy nigdy stosować. Kobietom chorym na gruźlicę i skarżącym się na brak miesiączkowania nie wolno podawać hormonów jajnikowych, gdyż w ten sposób przeciwdziałalibyśmy reakcji obronnej ustroju, za jaką tu można uważać zanik miesiączkowania. Niepomyślne działanie gruczołów płciowych można by wyrównać lub osłabić za pomocą antagonistycznie działającej szyszynki; prób takich jednak, jak się zdaje, dotychczas jeszcze nie przeprowadzono. Z teoretycznego punktu widzenia zasługuje na uwagę, że *Pedersen-Bjergaard* (Cpt. rd. Soc. Biol. 1933, tom 112, str. 103) wykrył w lasecznikach gruźliczych obecność związków zbliżonych do folliculiny. Być może, że pewną rolę w leczeniu gruźlicy odegra hormon kory nadnerczy *(Thaddea)*. *Steinbach* (Am. Rew. Tbc. 1932, tom 26,52) stwierdził w doświadczeniach na szczurach, że usunięcie kory nadnerczy znacznie zwiększa wrażliwość na gruźlicę. *Baucke* (Münch. Med. Wschr. 1936, Nr. 39) i *Thaddea* (Dtsch. Med. Wschr. 1936, Nr. 29) proponują stosowanie hormonu kory nadnerczy dla leczenia gruźlicy. Spostrzeżeń klinicznych, opartych na większym materiale, również i tutaj jeszcze nie posiadamy. Przy leczeniu gruźlicy stosowano następnie Campolon *(Stupnitzki*, Schweiz. Med. Wschr. 1934, Nr. 16) i wyciągi ze śledziony (*Leitner*, Dtsch. Med. Wschr. 1930, str. 2082), jednakże wyciągów tych nie można nazwać hormonami w właściwym tego słowa znaczeniu. Wprowadzenie wyciągów śledzionowych do lecznictwa gruźlicy jest zasługą *Bayle'a* (Arch. internat. de med. exp. 1925, tom I, str. 483). Po przeprowadzeniu odpowiednich badań doświadczalnych na gruźliczych świnkach morskich, *Bayle* zastosował z powodzeniem wyciągi śledzionowe również u ludzi chorych na gruźlicę.

Kreozot. Kreozot zajmował kiedyś przodujące stanowisko w leczeniu farmakologicznym gruźlicy płuc. Obecnie nie przypisujemy mu już żadnego działania leczniczego i stosujemy go wyłącznie jako objawowy środek wykrztuśny (Kresival i inne).

Przed 10—15 laty stosowano w Niemczech również kwas cynamonowy i związki chemicznie pokrewne. We Francji preparaty te utrzymały się stosunkowo najdłużej, jednakże również i tam wyszły one już prawie zupełnie z użytku. W podobny sposób zawiódł również i balsam peruwiański.

Miedź, złoto. Miedzi nie stosuje się obecnie już wcale. Złoto (Lopion, Aurophos i inne) działa nieswoiście drogą przez układ śródbłonkowo-siateczkowy. Z tego względu ogłoszoną ostatnio propozycję lekarzy południowo-amerykańskich, stosowania preparatów złota bezpośrednio do tchawicy, oskrzeli lub jamy opłucnowej należy uważać za nieuzasadnioną.

Bacmeister (St. Blasien) uważa, że działanie złota w gruźlicy nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśnione. Przy odpowiednim doborze chorych, uzupełniające leczenie złotem pozwala na osiągnięcie lepszych wyników, niż to samo leczenie bez złota. Należy jednak uważać za obowiązującą regułę, że stosowanie złota nie upoważnia w żadnym przypadku do zaniechania innych metod zwykle stosowanych w leczeniu gruźlicy płuc. Jeżeli będziemy przestrzegać tego przepisu, to natrafimy na chorych, którzy byli dotychczas odporni na wszelkie zabiegi lecznicze, a którzy zaczęli się poprawiać z chwilą zapoczątkowania dodatkowego leczenia złotem. Ujemną stroną leczenia złotem jest dość znaczna toksyczność połączeń złota. Przy stosowaniu złota należy odróżniać nadwrażliwość indywidualną, prawdziwe działanie trujące na skórę, błony śluzowe, nerki i wątrobę i wreszcie biotropowo uwarunkowaną nietolerancję (= odczyn ogniskowy). Ciężkie, częściowo krwotoczne wysypki skórne, występujące czasem po wstrzykiwaniach preparatów złota, zaczynają się zwykle od swędzenia skóry; objaw ten ma duże znaczenie ostrzegawcze i należy uważać go za wskazanie do natychmiastowego zaprzestania dalszego stosowania złota. Zapalenie skóry występuje przeważnie w 9. dniu po pierwszym zastrzyku złota. Złoto może wywołać również zaburzenia nerkowe albo doprowadzić do obostrzenia utajonego poprzednio zapalenia nerek. Również białkomocz należy uważać za bezwzględne wskazanie do natychmiastowego odstawienia złota. Analogicznym, poważnym ostrzeżeniem, dowodzącym zaburzeń wątroby, jest żółtaczka. Zwiastunami zaburzeń wątrobowych są często brak apetytu i zaburzenia kiszkowe; jeżeli jednocześnie stwierdza się znaczniejsze przesunięcie wzoru leukocytów na lewo oraz eozynofilię, to należy bezwarunkowo zaniechać dalszego leczenia złotem. Dla zmniejszenia niebezpieczeństw związanych z toksycznością złota

stosuje się witaminę C i preparaty wątrobowe. *Bacmeister* stosuje złoto w świeżej gruźlicy (jednakże nie „zbyt“ świeżej) oraz w gruźlicy wytwórczo-włóknistej, przy której często potrzebne są dawki większe. Głównym wskazaniem do stosowania złota są przeważnie przypadki średnio ciężkie i ciężkie. Leczenie złotem daje często pomyślne wyniki również w gruźlicy krtani; nawet ciężkie gruźlicze wrzodziejące zapalenie krtani nie jest chorobą nieuleczalną. Dawka powinna być tak dobrana, aby wywołała odczyn ogniskowy, jednakże nie zbyt silny. Przy jednoczesnym stosowaniu złota i energii promienistej należy pamiętać, że promienie już same przez się mogą wywołać nadwrażliwość na działanie złota; z drugiej jednak strony dobra pigmentacja skóry zwiększa odporność. W St. Blasien, na wysokości 800 metrów nad poziomem morza, w przypadkach średnio ciężkiej gruźlicy stosuje się jako dawkę początkową 1/10 do 1/5 mg; następnie dawkę zwiększa się stopniowo do 100 mg. Dawka ogólna na całą kurację może wynosić 2 g preparatu złota lub nawet więcej.

Jako miernik tolerancji odnośnie do sprawy gruźliczej służy przesunięcie wzoru ciałek białych na lewo oraz szybkość opadania krwinek czerwonych. Jeżeli występują tu odchylenia w kierunku niepomyślnym, to należy leczenie przerwać lub stosować dawki mniejsze. — Czasami można wzmocnić działanie złota za pomocą tuberkuliny.

Wapń, krzem. Działanie przeciwzapalne diety małosolnej można jeszcze wzmocnić za pomocą podawania wapnia. Zwłaszcza w wysiękowych postaciach gruźlicy wapń (Selvoral) zmniejsza wydzielanie. Zagadnienie, w jakim stopniu wapń sprzyja zwapnieniu ognisk gruźliczych, nie jest jeszcze ostatecznie wyjaśnione; wydaje się, że jednoczesne stosowanie witaminy D zwiększa skuteczność leczenia wapniowego. *Klostermeyer* (D. M. W. 1937, Nr. 17) wykazał niedawno, że zapotrzebowanie wapnia przez ustrój gruźliczy jest istotnie większe niż przeciętnie; wzmożone wydalanie wapnia może jeszcze pogarszać istniejący niedobór. Korzyść podawania wapnia polega nie tylko na ułatwieniu zwapnienia ognisk gruźliczych, lecz również na uspokojeniu toksycznie podrażnionego układu wegetatywnego. Niezależnie od terapii wapniowej, mającej na celu otorbienie ogniska, próbowano już od wielu lat pobudzić ten proces przez odpowiednie bliznowacenie tkanki łącznej. *Kobert* już dawno zwrócił uwagę, że płuca chore zawierają mniej krzemu, niż płuca zdrowe. Długi czas podawano chorym gruźliczym różne związki krzemowe „dla zwiększenia zawartości krzemu w płucach“. Jednocześnie spodziewano się, że terapia ta zwiększy odporność organizmu. Przypuszczenie to było oparte na spostrzeżeniach, że robotnicy pracujący w fabrykach porcelany oraz kamieniarze, czyli ludzie wdychający pył tlenku krzemowego, wykazują mniejszą skłonność do schorzeń gruźliczych. Badacze amerykańscy stwierdzili jednak, że nawet duże dawki $Si O_2$ nie uzupełniają niedoboru krzemowego chorych płuc; następnie wykazano, że rzadkie występowanie gruźlicy u kamieniarzy nie znajduje się w żadnym związku przyczynowym z wdychaniem pyłu krzemowego. W ten sposób upadły stare uzasadnienia krzemowego leczenia gruźlicy płuc. Obecnie uważamy, że preparaty krzemowe, jak np. Silistren, wywierają jedynie nieswoiste działanie bodźcowe. W ostatnich czasach leczenie kwasem krzemowym zostało poddane nowym, dokładnym badaniom. Niektórzy autorzy twierdzą, że terapia ta daje czasem wyraźne i niewątpliwe wyniki lecznicze. Na uwagę zasługuje, że medycyna ludowa już od najdawniejszych czasów stosuje krzem, który podaje najczęściej w postaci naparu skrzypu.

Węgiel. Błędny pogląd, że wdychanie pyłu kamiennego chroni przed gruźlicą, sprawił, że podobne znaczenie przypisywano również wdychaniu pyłu wę-

glowego. Próbowano leczyć gruźlicę płuc za pomocą sztucznego oddychania pyłem węglowym. Można jednak powiedzieć, że wdychanie węgla, ani dożylne jego stosowanie nie dały dotychczas przekonywujących wyników leczniczych.

Vigantol. Zagadnienie celowości leczenia gruźlicy płuc witaminą D (Vigantolem) oceniano dawniej w sposób bardzo różnorodny. Niektórzy lekarze nie stosowali tego leczenia z obawy przed możliwością niepożądanego odkładania się wapnia w niewłaściwym miejscu. Dopiero gdy niemieccy i francuscy badacze wykazali, że Vigantol prowadzi do zwapnienia ognisk gruźliczych, ułatwia przyswajanie wapnia i nie wywołuje żadnych objawów ubocznych, wznowiono stosowanie Vigantolu dla leczenia gruźlicy płuc. Niektórzy lekarze łączą leczenie Vigantolem, który działa jak katalizator, sprzyjający wytwarzaniu połączeń wapniowo-fosforowych, z podawaniem witaminy A (Voganu), gdyż ta witamina, chroniąca nabłonki, posiada również działanie przeciwzakaźne.

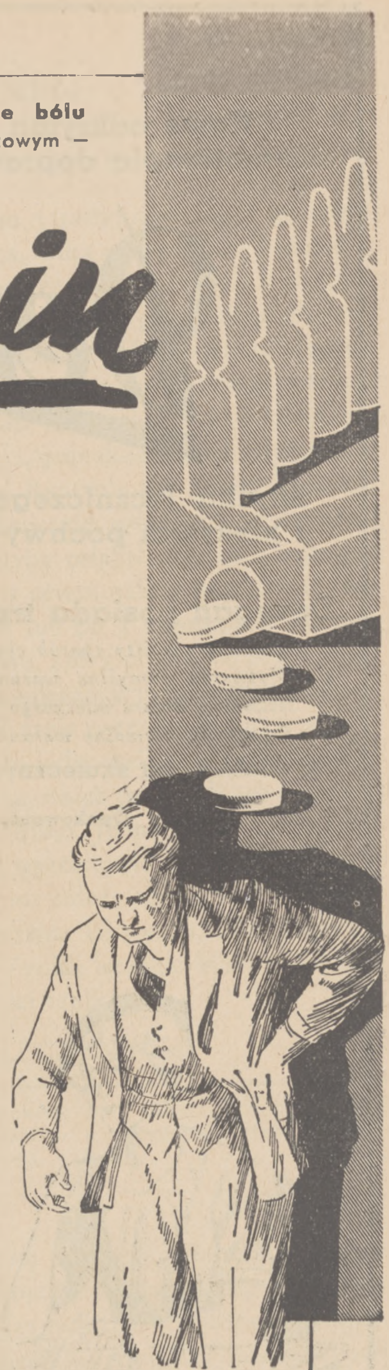
Jod. Chaulmoogra. Również i leczenie gruźlicy jodem było uzasadniane w różnorodny sposób. Dopóki stosuje się jod jako środek wykrztuśny, działanie jego jest zrozumiałe. Niektórzy lekarze stosowali jednak nadzwyczaj duże dawki jodu (Endojodiny) z intencją bezpośredniego zadziałania na ogniska chorobowe. Większość lekarzy odrzuca jednak tę metodę leczenia, uważając, że tak duże dawki jodu zwiększają wytwarzanie tyroksyny i podnoszą i bez tego już wzmożoną przemianę materii. Olej chaulmoogry nie daje żadnych wyraźnych wyników leczniczych.

Zakażenie mieszane. Zakażenie mieszane pogarsza jeszcze warunki walki z lasecznikami gruźlicy. Celem niektórych zabiegów leczniczych jest zniszczenie tych bakterii towarzyszących. Dążymy do tego za pomocą nieswoiście swoistego działania Omnadiny albo też drogą chemoterapeutycznego wpływu Prontosilu.

Na ogół od „jednego“ lekarstwa nie możemy w gruźlicy płuc oczekiwać zbyt wiele; jednakże celowe i uzasadnione jednoczesne zespolenie wielu możliwości leczniczych, może nam dać całkowicie zadowalające wyniki lecznicze. Według danych Zjazdu Przeciwgruźliczego w Wiesbadenie, oprócz złota również i tuberkulinę należy uważać za cenny środek terapeutyczny. Duże, a czasem nawet wprost rozstrzygające znaczenie ma wczesne rozpoznanie i wczesne zapoczątkowanie leczenia.

Działanie przeciwzapalne i uśmierzanie bólu przy jednoczesnym działaniu przeciwgorączkowym — oto główne zalety lecznicze preparatu

Novalgin



Zarówno wstrzykiwania jak i stosowanie doustne odznaczają się doskonałą tolerancją.

Swoiste przeciwzapalne działanie lecznicze w **reumatyzmie mięśniowym i stawowym.**

Również w bardzo silnych napadach bólowych Novalgina może z powodzeniem zastąpić wstrzykiwania morfiny. Działanie przeciwbólowe Novalginy nie zawodzi nawet w gwałtownych napadach **kamicy żółciowej i nerkowej** i przy bólach porodowych.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

NOVALGIN w tabletkach:

rurki	po	10 tabletek	à 0,5 g	zł.	3.60
opak. klin.	„	250 „	à 0,5 g	„	68. —

NOVALGIN do wstrzykiwań (roztwór 50%-owy):

pudełka	po	5 ampułek	à 1 cm³	zł.	4.80
„	„	10 „	à 1 cm³	„	7.50
opak. klin.	„	100 „	à 1 cm³	„	62. —
pudełka	„	5 „	à 2 cm³	„	7.50
„	„	10 „	à 2 cm³	„	12. —
opak. klin.	„	100 „	à 2 cm³	„	110.70
pudełka	„	5 „	à 5 cm³	„	12.55

BAYER

Dr **W. GENNERICH** i dr **K. GENNERICH**, Kilonia.

LECZENIE RZEŻĄCZKI ULIRONEM

(Referat według Dermat. Wschr. 1938, Nr. 20).

Autorzy leczyli Ulironem 58 mężczyzn (w tym 3 przypadki ropni gruczołu krokowego, 2 przypadki zapalenia przyjądrza, kilka przypadków zapalenia gruczołów *Cowpera* i t. d.) oraz 6 kobiet chorych na rzeżączkę. Prawie u wszystkich kobiet stwierdzono obecność ciężkich powikłań. Jako postępowanie przygotowawcze można z pomyślnymi wynikami stosować wstrzykiwania słabych roztworów preparatów srebra (np. roztwór Albarginy 0,5 g — 1:1000, roztwory połączeń srebrowo-taninowych i t. p.). Srebro jako takie z pewnością nie przeciwdziała naturalnej skłonności do wyleczenia, jednakże jego działanie niedostateczne może się okazać raczej niepożądane. Roztwór nie należy pozostawiać w cewce moczowej lub wypełniać ją nadmiernie, gdyż oba te czynniki sprzyjają wytwarzaniu się nacieczeń, które mogłyby osłabić działanie lecznicze Ulironu. Czas pozostawania preparatów srebra w cewce należy przedłużać możliwie powoli (3, 5 minut i t. d.). Po 15 dniach lub po 3 tygodniach leczenia miejscowego, przystępuje się do stosowania Ulironu, który podaje się przez 3 dni w dawce po 3 do 4 g dziennie. Dla zwiększenia tolerancji preparatu, wskazane jest podawać uprzednio witaminę C i glukozę. W razie potrzeby autorzy powtarzali po 8 dniach leczenia Ulironem, kontynuując jednocześnie kurację miejscową. Leczenie miejscowe należy zasadniczo we wszystkich przypadkach stosować jeszcze przez 8 dni po ukończeniu podawania Ulironu. Jedno jedyne „uderzenie Ulironem“ (dawka ogólna na całą kurację 12 g) wystarczyło do osiągnięcia wyleczenia 89% (sic!) przypadków. W razie nawrotu należy się liczyć z możliwością istnienia nacieczenia. Poczynając od 2. uderzenia Ulironem, chorych leczono ponadto szczepionką przeciwgonokokową. Wyniki leczenia kombinowanego Ulironem i srebrem przedstawione są na poniższej tablicy:

ILOŚĆ PRZYPADKÓW WYLECZONYCH:

Po jednym jedynym uderzeniu Ulironem w dawce ogólnej 20 tabletek (w przypadkach wyjątkowych — 40 tabletek)	Po 2 uderzeniach Ulironem, czasami w połączeniu z szczepionką przeciwgonokokową,	Po 3 uderzeniach, połączonych z szczepionką przeciwgonokokową,
56	6	2

Wszystkie bez wyjątku 64 przypadki udało się wyleczyć. Skuteczność leczenia Ulironem wynosiła wobec tego 100%. Objawy niepożądanego działania ubocznego Ulironu wystąpiły jedynie w 3 przypadkach. U jednego chorego wystąpiła podczas leczenia pokrzywka, u drugiego — silny krwotok kiszkowy (po przyjęciu 77,5 g w ciągu 22 dni); krwotok ten opanowano szybko za pomocą witaminy C i glukozy. W 3. przypadku chory skarżył się na ogólne bolesne znużenie, które zależało prawdopodobnie od zastosowania dawki większej, niż prze-

ciętnie. Wyniki leczenia Ulironem były szczególnie przekonywujące u chorych, którzy cierpieli dotychczas na powtarzające się często nawroty, i u których zakażenie trwało już od szeregu miesięcy. Przy porównywaniu wyników, osiąganych za pomocą srebra i przemywań *Janeta*, okazuje się, że działanie srebra jest pomyślniejsze. Autorzy nie podzielają poglądu *Schreusa*, który uważa, że szczepionkę przeciwgonokokową należy wstrzykiwać we wszystkich przypadkach już od pierwszego tygodnia, lecz są zdania, że leczenie szczepionkowe wskazane jest tylko w przypadkach wyjątkowych. U chorych leczonych ambulatoryjnie, leczenie miejscowe preparatami srebra i taniny wymaga dużej ostrożności; stężenia preparatów należy zwiększać możliwie wolno. Lekarz może uzupełnić to leczenie jeszcze przemywaniami *Janeta*, stosowanymi w dniach, gdy chory zgłasza się do kontroli. W trzecim tygodniu wstrzykuje się co 2 lub 3 dni szczepionkę przeciwgonokokową, po czym zarządza się pierwsze uderzenie Ulironem. Jeżeli nawroty się powtarzają, wskazane jest stosować przez 3 tygodnie energiczne leczenie Albarginą (lub srebrem z taniną); należy rozpocząć od 1/4%-owego roztworu Albarginy i szybko zwiększyć stężenie do 1%. Szczepionkę przeciwgonokokową i Uliron stosuje się w przypadkach tego rodzaju w 4. tygodniu po ukończeniu wstępnego, przygotowawczego leczenia Albarginą.

Dr HEIMAN, Klinika Neurologiczna w Wiedniu.

W SPRAWIE LECZENIA WITAMINOWEGO CHORÓB NERWOWYCH

(Referat według Klin. Wschr. 1937, Nr. 31).

Autor podaje sprawozdanie z wyników leczenia Betaxiną (witaminą B_1) następujących przypadków schorzeń nerwowych:

1. Niedowład ramienia (wskutek sarkomatu). Pod wpływem Betaxiny przemijająca poprawa.
2. Porażenie splotu ramieniowego (po zwichnięciu ramienia). Po 30 wstrzykiwaniach Betaxiny jedynie nieznaczna poprawa ruchów, bóle utrzymują się bez zmiany.
3. Herpes zoster. Po 24 wstrzyknięciach Betaxiny — wyleczenie.
4. Herpes zoster. Początkowo zupełne ustąpienie bólów, jednak po pewnym czasie nawrót dolegliwości.
5. Herpes zoster. Szybkie uśmierzenie bólów i wyleczenie pod wpływem Betaxiny.
6. i 7. Zapalenie wielonerwowe po zatruciu talem. Poprawa po wstrzykiwaniach Betaxiny.
8. Neuritis alcoholica na ręce. Dermatitis neuroparalitica. Po kilku wstrzyknięciach Betaxiny znaczna poprawa.
9. Neuritis alcoholica na nodze; po 52 zastrzykach Betaxiny jedynie niewielka poprawa.
10. Porażenie ramienia po operacji. Po 10 wstrzyknięciach Betaxiny szybka poprawa.
11. Porażenie prawostronne, odczyn Wassermanna +, cukrzyca. Po 30 wstrzyknięciach Betaxiny poprawa ruchów ramienia, poziom cukru we krwi obniżył się bez użycia insuliny z 235 do 145 mg %, cukromocz zmniejszył się z 0,9% do 0,2%.
12. Porażenie splotu nerwowego u chorego z cukrzycą i dodatnim odczynem Wassermanna. Insulina usunęła cukromocz. W przypadku tym Betaxina nie była w stanie zastąpić insuliny jak w przypadku 11. Niewielka poprawa zaburzeń ruchowych.

13. Pobłonicze porażenie podniebienia miękkiego. Po 38 wstrzyknięciach Betaxiny jedynie nieznaczna poprawa.

14. Porażenie nerwu promieniowego, a częściowo również i łokciowego, po nieszczęśliwym wypadku. Po 44 zastrzykach Betaxiny nieznaczne zwiększenie siły mięśniowej.

15. Nerwica skurczowa w zakresie mięśni udowych. Zahamowanie chodzenia. Po 8 wstrzyknięciach Betaxiny wyraźna poprawa. Po 21 zastrzykach bóle i skurcze ustąpiły zupełnie (chory otrzymywał ponadto środki przeciwartretyczne).

16. Opryszczka, porażenie ramienia (po grypie?). Niewielka poprawa po 12 zastrzykach Betaxiny. Po pewnym czasie zgon wskutek wyniszczenia ogólnego.

17—20. W przypadkach rwy kulszowej, bólów splotu ramieniowego po amputacji piersi i rzekomo wiądowego porażenia wielonerwowego, Betaxina dała wyniki bardzo pomyślne.

21—30. Neuromyelitis, myelosis funicularis i sclerosis disseminata (8 przypadków) były na Betaxinę zasadniczo odporne. Jedynie w poszczególnych przypadkach udawało się osiągnąć poprawę. U jednego pacjenta, cierpiącego na rozsiane stwardnienie rdzenia, który już od 14 miesięcy nie mógł opuszczać łóżka, 25 wstrzykiwań Betaxiny wpłynęło tak pomyślnie na stan chorego, że mógł on, opierając się na kiju, chodzić. We wczesnych przypadkach rozsianego stwardnienia rdzenia, przeprowadzenie próby leczenia Betaxiną należy uważać za zupełnie uzasadnione.

Przeciwbólowe działanie Betaxiny występowało często już w 15 minut po wstrzyknięciu; zwłaszcza w przypadkach półpaśca Betaxina uśmierzała bóle w sposób prawie doraźny. Betaxinę należy wstrzykiwać domięśniowo. Tolerancja zastrzyków była we wszystkich przypadkach dobra.

Dr F. WIDENBAUER, Klinika Pediatryczna Państw. Akad. Med. Prakt. w Gdańsku.

HIPOWITAMINOZA B_1 W PRZYPADKU EMESIS GRAVIDARUM

(Referat według Med. Welt. 1936, Nr. 49).

Stepp i *Schröder* (M. M. W. 1936, Nr. 19) zwracają uwagę, że również w Europie objawy hipowitaminozy B_1 zdarzają się znacznie częściej, niż się to na ogół przypuszcza. Autorzy ci opisali przypadek, w którym nadmierne spożywanie cukru doprowadziło do objawów chorobowych podobnych do beri-beri. Wobec tego, że przypadki tego rodzaju mogą mieć duże znaczenie praktyczne, *Widenbauer* opisuje obecnie historię choroby pacjentki, u której podczas ciąży wystąpiły objawy hipowitaminozy B_1.

Pacjentka ma lat 27, jest w 3. miesiącu ciąży. Pierwsza ciąża przebiegała normalnie, druga skończyła się poronieniem w 2. miesiącu. Od 3 lat corocznie 1 — 2 razy uporczywe biegunki. Od 4 tygodni uporczywe wymioty z zupełną utratą apetytu i wstrętem do jedzenia, zwłaszcza do potraw mięsnych. Odżywianie niedostateczne, postępujące chudnięcie. Poprzednie odżywianie było zupełnie odpowiednie i polegało na diecie mieszanej, obfitującej w witaminy. Ostatnio chora odżywia się przeważnie białym chlebem, ciastem i słodyczami. Po 4 tygodniach trwania takiego stanu wystąpiło dalsze pogorszenie apetytu, mdłości, zaparcie oraz nerwowość, osłabienie i zaburzenia snu. Nawet najmniejszy wysiłek fizyczny bardzo chorą osłabia, wywołuje poty, duszność, uczucie ucisku i bóle w okolicy serca. Te same dolegliwości występują często bez żadnego powodu również w nocy. Parestezje w końcach palców i na podeszwach. Uczucie zamierania kończyn, zwłaszcza dolnych, bóle w łydkach.

Stan przedmiotowy: odżywianie średnie, lekka sinica i obrzmienie twarzy. Tarczyca miękka, nieznacznie powiększona. Serce w granicach normy, pierwszy ton nieczysty, czynność serca pobudliwa. Tętno 70. Elektrokardiogram nie wykazuje odchyleń od normy. Ciśnienie

krwi 100 — 70. Badanie układu nerwowego wykazało jedynie nieznaczne osłabienie wrażliwości dotykowej na grzbiecie stóp. Narządy rodne — norma. Mocz żadnych składników patologicznych nie zawiera.

Wszystkie powyższe zaburzenia należało ująć jako zespół objawów hipowitaminozy B_1. Autor zastosował wobec tego odpowiednie swoiste leczenie witaminowe i zastrzyknął domięśniowo ampułkę Betaxiny. Już to jedno jedyne wstrzyknięcie wystarczyło do sprowadzenia szybkiej poprawy. Na drugi dzień chora czuje się bez porównania lepiej. Jedynie wymioty w złagodzonej postaci utrzymywały się jeszcze przez kilka dni. Ciśnienie krwi podniosło się do 115 — 95 mm Hg. Dalszy przebieg ciąży był zupełnie prawidłowy.

Granzow z Gdańska zaznacza, że objawy opisane przez *Widenbauera* w powyższym przypadku należą w przebiegu niepowściągliwych wymiotów ciężarnych do zaburzeń stosunkowo częstych.

Prof. dr H. BURCKHARDT, Essen.

SPONDYLITIS DEFORMANS

(Referat według Medizinische Klinik 1934, Nr. 41).

Zniekształcające zapalenie stawów kręgowych jest przewlekłym, powoli postępującym schorzeniem kręgosłupa. Sprawa chorobowa zajmuje cały kręgosłup albo jego części. Cierpienie występuje przeważnie u ludzi starszych i rozpoczyna się bez żadnej uchwytnej przyczyny. W okresach początkowych zmiany kręgowe żadnych poważniejszych zaburzeń nie wywołują. Badania rentgenologiczne wykazują bardzo charakterystyczne obrazy zmian kostnych.

Beneke wykazał, że w przypadkach zniekształcającego zapalenia kręgów stwierdza się niedomogę łękotek stawowych. Zadanie tych łękotek, podobnie jak i chrząstek stawowych, polega na łagodzeniu wstrząsów i urazów, którym podlegają wszystkie kości podczas normalnej czynności układu kostnego. Jeżeli te stałe wstrząsy dochodzą do kości w swym całkowitym nasileniu, nie złagodzone wskutek utraty elastyczności łękotek stawowych (lub chrząstek), to wytwarzają się odczynowe rozrośla kostne, które w swym całokształtcie stanowią zasadniczy objaw zniekształcającego zapalenia kręgosłupa. Teoria *Pommera*, dotycząca zniekształcającego zapalenia stawów, opiera się właśnie na wynikach badań *Benekego*. Należy więc uznać, że zniekształcające zapalenie kręgosłupa i zniekształcające zapalenie stawów, są to choroby bardzo zbliżone. Można by nawet do pewnego stopnia powiedzieć, że mamy tu do czynienia tylko z różnymi umiejscowieniami tego samego schorzenia. Według *Pommera*, istotą zniekształcającego zapalenia stawów z histologicznego punktu widzenia jest fakt, że pod wpływem nienormalnych podrażnień mechanicznych, działających na tkankę kostną, wytwarzają się nieprawidłowe rozrośla kostne. W dalszym biegu sprawy chorobowej dochodzi do waskularyzacji części uprzednio nieunaczynio-

nych i do wytwarzania się elementów kostnotwórczych, które wywołują stopniowe kostnienie tkanek chrząstkowych. Kostnienie to zmienia i zniekształca prawidłową budowę stawu. W podobny sposób tłumaczono dotychczas mechanizm powstawania zniekształcającego zapalenia stawów kręgosłupa i wytwarzania się nierówności i wyrostków kostnych na brzegach kręgów. Ostatnio *Schmorl* i jego szkoła częściowo zmienili powyższą teorię. Autorzy ci zgadzają się, że uszkodzenia łękotek stawowych stanowią punkt wyjścia zniekształcającego zapalenia kręgosłupa, lecz tłumaczą inaczej zjawiska regeneracji, które prowadzą do wytwarzania się brzeżnych rozrostów kostnych. Według *Schmorla* powstawanie rozrośli na brzegach stawowych odbywa się w sposób następujący:

Łękotki stawowe składają się z dwóch krążków chrząstkowych, które opierają się na kostnych powierzchniach odpowiednich kręgów. W pobliżu środka łękotki znajduje się jądro żelatynowe. Jądro to jest otoczone pierścieniem z blaszek, które od środka przenikają częściowo do chrząstki a od strony zewnętrznej dochodzą do kostnych brzegów kręgów. Pod wpływem nadmiernych obciążeń kręgosłupa, te blaszki zewnętrzne mogą zostać uszkodzone lub nawet rozdarte. Jeżeli takie rozdarcie sięga aż do jądra żelatynowego, i jeżeli elastyczność tego jądra jest jeszcze całkowicie lub częściowo zachowana, wytwarzają się szczeliny lub szpary tkankowe, wywołujące następnie odpowiednie zjawiska odczynowe i doprowadzające do powstania nierówności na brzegach kręgów.

F. J. Lang, uczeń *Pommera*, nie uznaje jednak powyższej hipotezy i uważa, że stara teoria pochodzenia zniekształcającego zapalenia kręgosłupa zachowuje nadal swą całkowitą wartość. Według tej teorii, zmiany histologiczne, związane z powstawaniem nierówności brzegów kręgów, nie różnią się zasadniczo od zmian, występujących w przypadkach zniekształcającego zapalenia stawów; do tkanki chrząstkowej wrastają naczynia krwionośne i przenikają elementy kostnotwórcze, pochodzące ze szpiku kostnego; wszelkie wstrząsy i urazy niedostatecznie wyrównane, sprzyjają coraz większemu szerzeniu się tych zmian chorobowych. W chwili obecnej trudno rozstrzygnąć, która z dwóch teoryj jest bardziej prawdopodobna. Być może, że zachodzą tu jednocześnie dwa zjawiska, przy czym według hipotezy *Schmorla* czynnikiem rozstrzygającym jest tu nie zmniejszenie elastyczności łękotek stawowych, lecz niedomoga punktów przyczepu płytek zewnętrznych, natomiast według *Langa* sprawą najważniejszą jest utrata elastyczności łękotek stawowych.

Pozostaje jeszcze do zbadania, jaka jest właściwa przyczyna niedomogi mechanicznej tkanek łękotek stawowych. Nie ulega wątpliwości, że przyczyny te są różnorodne. Należy pamiętać, że między kręgosłupem i innymi stawami układu kostnego istnieją zasadnicze różnice, które warunkują odmienne do pewnego stopnia cechy zniekształcającego zapalenia kręgosłupa i zniekształcającego zapalenia stawów. Wspólne dla obu tych schorzeń są dwa ważne czynniki: skłonność ogólna i usposobienie specjalne, dotyczące warunków mechanicznych.

Zniekształcające zapalenie kręgosłupa może się rozpocząć już w 20. roku życia, najczęściej występuje ono jednak w okresie od 50 do 60 lat.

Autor nie uważa za właściwe rozważać szczegółowo zagadnienia, jaka nazwa jest odpowiedniejsza: spondylosis czy spondylitis. Zresztą również i kwestia terminologii artrosis i artritis nie została jeszcze ostatecznie rozstrzygnięta.

Nie wolno zapominać, że zniekształcające zapalenie kręgosłupa nie stanowi jednostki nozologicznej kręgosłupa, jak np. gruźlica, zapalenie szpiku kostnego, ziarnica złośliwa i t. d. Rozchodzi się tu o zespół objawów zupełnie nieswoisty, wchodzący w kategorię pojęć tego rodzaju jak urazy, złamania i t. p. Spondylitis deformans można uważać za „chorobę" jedynie ze względu na stale postępujący charakter tego cierpienia. Zniekształcające zapalenie kręgosłupa staje się jednak chorobą właściwie dopiero wtedy, gdy zmiany kostne przyjmują już takie rozmiary, że utrudniają prawidłową czynność kręgosłupa. Istnieją chorzy, dotknięci zniekształcającym zapaleniem kręgosłupa w dość daleko nawet zaawansowanej postaci, którzy nie odczuwają żadnych dolegliwości, i którym cierpienie to prawie wcale nie przeszkadza w ich pracy zawodowej. Z drugiej strony obserwujemy nie rzadko chorych, którzy pomimo stosunkowo niewielkich zmian w kręgosłupie, skarżą się na znaczne ograniczenie czynności ruchowych.

W przypadkach poważniejszych zmian anatomicznych, zaburzenia czynności stanowią regułę; dość znaczny odsetek chorych może jednak nie odczuwać przy tym żadnych bólów.

Spondylitis ankylopoetica różni się jako jednostka anatomiczna od zniekształcającego zapalenia kręgosłupa. Spondylitis deformans jest schorzeniem zupełnie asymetrycznym, które nie wykazuje również załamania się przestrzeni międzykręgowych, ani przestrzeni między brzeżnymi wyroślami kręgów. Pierwsze zmiany kręgowe rozpoczynają się prawie zawsze na poziomie małych stawów kręgowych, pod postacią wrzodziejącego zapalenia stawów z wtórną ankilozą lub pod postacią przewlekłego reumatyzmu stawowego. Zdarza się jednak również, że pierwsze zmiany umiejscawiają się przypadkowo w sąsiedztwie trzonów kręgowych i dopiero następnie przechodzą na kręgosłup.

Oprócz powyżej omówionych głównych typów anatomicznych, istnieją jeszcze inne postacie przewlekłych, nieswoistych zmian kręgosłupa, jak np. spondylitis fibrosa, polegająca na zwyrodnieniu włóknistym łękotek stawowych, oraz kifoza starców. Podłożem anatomicznym kifozy starców jest zanik łękotek stawowych, zwłaszcza w ich częściach przednich, bez zmian morfologicznych, charakterystycznych dla zniekształcającego zapalenia kręgosłupa. Następnie należy tu wymienić również osteoporozę kręgosłupa, przy której odporność i spoistość łękotek stawowych pozostaje zasadniczo zachowana i zmiany chorobowe polegają na uwypukleniu się w postaci półkulistej, po stronie zanikowej tkanki gąbczastej kręgów, które stają się dwuwklęsłe. Ostatnio *M. Lange* opisał postać zapalenia kręgosłupa, przedstawiającą właściwie prawdziwe zniekształcające zapalenie drobnych stawów.

Wielokrotnie zajmowano się zagadnieniem, czy zniekształcające zapalenie kręgosłupa może mieć jakiś związek z urazem kręgosłupa. Otóż spostrzeżenia,

oparte na bardzo dużym materiale obserwacyjnym, wykazały, że zależności takiej nie ma.

Leczenie zniekształcającego zapalenia kręgosłupa jest na ogół rzeczą niewdzięczną. Leczenie to powinno przede wszystkim mieć na celu niedopuszczenie do „unieruchomienia" kręgosłupa. W dążeniu do zahamowania postępowania choroby i do złagodzenia zaburzeń wywołanych zesztywnieniem kręgosłupa, należy zalecać ogólne zabiegi lecznicze, jak masaże niezbyt energiczne, zabiegi rozgrzewające, unikanie wysiłków i wreszcie środki wpływające pomyślnie na zniekształcające zapalenie stawów. Należy następnie pamiętać, że w niektórych przypadkach zniekształcającego zapalenia kręgosłupa pewną rolę usposabiającą mogą odgrywać skłonności reumatyczne pacjentów; w przypadkach tego rodzaju wskazane jest przeprowadzenie odpowiedniego leczenia przeciwreumatycznego za pomocą kąpieli, diatermii, drażniących środków bodźcowych i t. d.

Dr F. OEFELEIN, Szpital Rudolfa Hessa w Dreznie.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA MARSKOŚCI WĄTROBY

(Referat według Dtsch. med. Wschr. 1936, Nr. 8).

U chorych dotkniętych marskością wątroby można często z powodzeniem zwalczać zatrzymywanie się płynów w ustroju za pomocą odpowiednich zabiegów dietetycznych. Jako przykład takiego postępowania leczniczego autor opisuje chorego, u którego odwodnienie i usunięcie obrzęków i puchliny brzusznej nastąpiło wyłącznie pod wpływem diety całkowicie bezsolnej i małobiałkowej, przy czym świadomie nie zastosowano żadnego leczenia fizykalnego ani farmakologicznego. Również i w drugim przypadku, dotyczącym 50-letniego mężczyzny z klinicznie pewnym rozpoznaniem marskości wątroby z puchliną brzuszną, dieta bezsolna i bezbiałkowa wywarła taki sam pomyślny wpływ na zmniejszenie się wagi ciała i objętości brzucha. Rozumie się samo przez się, że w przypadkach daleko posuniętych, w których puchlina brzuszna wywołuje przykre dolegliwości podmiotowe, i w których dieta bezsolna i bezbiałkowa nie daje dostatecznie szybko pożądanych wyników, należy dokonać nakłucia jamy brzusznej. Rtęciowych środków moczopędnych autor przy marskości wątroby nie stosuje obecnie już wcale, gdyż mogą one wywołać gorączkę oraz znaczny upadek sił. Łagodne środki moczopędne, jak mocznik oraz leki przeczyszczające i inne, można oczywiście podawać bez żadnych zastrzeżeń. Ponadto można jeszcze stosować małe dawki insuliny — 3 razy dziennie po 8 jednostek — które zwiększają zdolność przyswajania węglowodanów i ułatwiają mobilizację glikogenu.

Pomimo tego przyczynowego leczenia marskości wątroby, wyniki w znacznym odsetku przypadków okazują się niezadowalające. Dopiero w ostatnich czasach wprowadzenie do lecznictwa nowego preparatu, Torantilu, umożliwiło skuteczne leczenie nawet ciężkich przypadków marskości wątroby, które były odporne na dotychczasowe zabiegi lecznicze. Torantil jest preparatem, który w swoisty sposób unieszkodliwia jady kiszkowe. Autor już prawie od roku stosuje Torantil w różnych okresach chorobowych wszelkich uszkodzeń miąższu wątrobowego. Spostrzeżenia autora dotyczą narazie 6 chorych dotkniętych marskością wątroby i 2 przypadków wrzodziejącego zapalenia kiszek. We wszystkich 8 przypadkach stwierdzono wyraźną poprawę zarówno podmiotową jak i przedmiotową. Poprawa ta zależała niewątpliwie od uzupełniającego leczenia Torantilem. Jako przykład pomyślnego wpływu Torantilu na przebieg marskości wątroby autor przytacza następującą historię choroby:

Chory lat 62, od sierpnia 1934 stale wzmagające się uczucie ucisku w nadbrzuszu, utrata apetytu. Przyjęty do szpitala 27.XI. Stan ogólny zły, chory zmęczony, wyniszczony, zabarwienie skóry podżółtaczkowe, mięśnie wiotkie. Brzuch wzdęty, powłoki brzuszne mocno napięte, wyraźna fluktuacja, opadanie krwinek przyśpieszone. Badanie krwi: ksantoproteina 40 mg %, bilirubina 1,7 mg %, odczyn na indykan słabo dodatni. Odczyn Takata-Ary silnie dodatni. Erytrocyty 3 700 000 ciałka białe 7 800, Hb 78%, znaczna limfocytoza. Badanie moczu: urobilina +, urobilinogen +, diastaza w granicach normy.

Dieta: zupełnie bez soli i bez białka. Od 12.XII: Codziennie 2 razy po 8 jednostek insuliny; ponadto dożylnie Salyrgan. Do 4. II. 1935 chory otrzymał ogółem 26 cm^3 Salyrganu, po którego wstrzykiwaniach ciepłota podnosiła się czasem do 38,5°. 27. XII. 1934 i 21. I. 1935 wypuszczono przez nakłucie 4500 i 5000 cm^3 płynu z jamy brzusznej; pomimo to waga ciała zwiększa się. Od 5. II. do 14. II. codziennie 2 cm^3 Torantilu domięśniowo; następnie doustne leczenie Torantilem po 4 drażetki dziennie. Od 15. II. poprawa podmiotowa i przedmiotowa. Poprawa apetytu. Obwód brzucha zmniejsza się z 104 do 87,5 cm, waga z 76 do 68,7 kg. 13.III. chory wypisuje się ze szpitala. Badania kontrolne przeprowadzano co 2—3 tygodnie, ostatnie we wrześniu 1935. Dobry stan pacjenta utrzymuje się bez zmiany: obwód brzucha 84 cm, waga 69 kg. Objawów puchliny brzusznej nie stwierdza się. Odczyn Takata-Ary od sierpnia ujemny. Chory nadal pozostaje na diecie małosolnej i małobiałkowej oraz stale przyjmuje 1—2 drażetki Torantilu.

Dr HERMANN Friedrich, Elberfeld.

ZWIĄZKI CZYNNE W LECZNICTWIE ANEMII ZŁOŚLIWEJ

(Referat według „Medycyna i Chemia" tom III, 1937).

Anemię złośliwą opisał po raz pierwszy *Biermer* w r. 1868. Charakterystyczną cechą tej choroby jest zmniejszenie się ilości krwinek czerwonych, stosunkowo znaczniejsze, niż odpowiednie odsetkowe zmniejszenie się zawartości hemoglobiny. Anemii złośliwej towarzyszą zwykle następujące objawy: żółte zabarwienie skóry, zapalenie śluzówki języka, bezsoczność żołądkowa i wreszcie zmiany w ośrodkowym układzie nerwowym. W ciągu przeszło pół wieku anemię złośliwą uważano za nieuleczalną, aż do chwili, gdy *Minot* wpadł na pomysł leczenia tej choroby za pomocą diety obfitującej w witaminy oraz za po-

mocą surowej lub prawie surowej wątroby. *Minot* opierał się przy tym na spostrzeżeniach *Whipple'a*, który wykazał pomyślny wpływ diety wątrobowej na anemię wtórną. *Minot* stosował w swych pierwszych spostrzeżeniach dawki, wynoszące akurat dolną granicę dawek, które uważamy dzisiaj za dostateczne do wyleczenia tej strasznej choroby. Przed *Minotem Czerny*, *Castellino*, *Gibson i Howard* również stosowali wątrobę w różnych postaciach anemii, lecz żaden z tych autorów nie zaproponował dawek 120 do 240 g dziennie, które podawał *Minot;* dawki zaś mniejsze pozostają już zupełnie bez wpływu na przebieg niedokrwistości złośliwej.

Z biegiem czasu ustalono, że skuteczna dawka lecznicza wątroby powinna wynosić 250 do 500 g na dobę. Bardzo wielu chorych nie mogło jednak w żaden sposób przezwyciężyć wstrętu do codziennego spożywania przez dłuższy czas tak wielkich dawek prawie surowej wątroby. Te trudności techniki leczenia anemii złośliwej wątrobą skłoniły szereg badaczy do wytworzenia preparatów stężonych, zawierających składniki czynne w postaci oczyszczonej i pozbawionej niepotrzebnych związków ubocznych. Pierwsze pomyślne wyniki osiągnęli w tej dziedzinie *Cohn* i *Minot*. Autorzy ci wytworzyli wyciąg z wątroby, który okazał się skuteczny już w dawce dobowej wynoszącej 15 do 30 g. Następny udoskonalony preparat wytworzył *Gänsslen* z Tubingi. W ścisłej współpracy z laboratorium fizjologicznym zakładów w Elberfeldzie, *Gänsslen* opracował nową metodę przygotowywania wyciągu, która doprowadziła do wytworzenia Campolonu, pierwszego preparatu wątrobowego, nadającego się do wstrzykiwań. Stężenie Campolonu jest tak wielkie, że 1 do 2 cm^3 wyciągu posiada wartość leczniczą odpowiadającą mniej więcej 500 g świeżej wątroby.

Składnik czynny wątroby był przedmiotem licznych badań. Stwierdzono, że związek obdarzony własnościami przeciwanemicznymi znajduje się również w nerkach, mózgu, płucach, żołądku i łożysku. Natomiast śledziona, trzustka i szpik kostny związku tego nie zawierają. Czynnik przeciwanemiczny nie zmienia się pod wpływem ciepłoty do 70^0 i znosi bez szkody w ciągu 5 minut nawet temperaturę 100^0. Czynnik jest wrażliwy zarówno na zasady jak i na kwasy. Zaczyny, jak trypsyna, erepsyna i pepsyna działają na omawiany związek bardzo słabo. Wobec tego, że inne własności czynnika przeciwanemicznego (zdolność dializy i adsorbcji, strącalność przez sole lub metale ciężkie) nie pozwoliły na dokładniejsze poznanie jego istoty, zajęto się badaniem licznych związków już znanych, które znajdują się w czynnych wyciągach. Wszystkie te badania, przeprowadzone na wielką skalę i z wielkim nakładem pracy, nie doprowadziły jednak do wyodrębnienia poszukiwanego składnika.

Przeprowadzanie odpowiednich badań naukowych jest technicznie bardzo trudne, gdyż nie posiadamy sposobu wywołania u zwierząt doświadczalnych obrazu chorobowego zbliżonego do anemii złośliwej u człowieka. Nie rozporządzamy więc materiałem doświadczalnym, na którym moglibyśmy szybko i dokładnie przekonać się, czy dany związek jest czynny czy też nie. Pomimo to, kilka związków zwróciło na siebie szczególną uwagę badaczy. Do związków

tych należą: dwupeptyd, wytworzony przez oksyprolinę i kwas glutaminowy (*Dakin* i *West*), tryptofan i histydyna (*Fontès* i *Thivolle*), cholina i histydyna (*Pal*), barwniki żółciowe (*Verzar* i *Matsua*). Wreszcie ostatnio *Dakin* i *West*, badając rozszczepianie hydrolityczne preparatów czynnych, doszli do przekonania, że należy tu myśleć o wielopeptydowej aminoheksozie, której otrzymanie w stanie czystym jest bardzo trudne. Hipoteza *Dakina* i *Westa* wymaga jednak jeszcze sprawdzenia.

Odkrycie działania przeciwanemicznego wątroby obaliło w każdym razie starą teorię, według której przyczyną niedokrwistości złośliwej mogła być nieprawidłowa flora kiszkowa. W chorobie Biermera krwinki czerwone szpiku kostnego nie mogą dojrzeć całkowicie z powodu braku potrzebnego dla tego celu związku, którym jest właśnie składnik czynny, znajdujący się w wątrobie. Wpływ toksyczny pochodzenia kiszkowego, uznawany dawniej, stracił obecnie całe swe znaczenie. Duże zasługi w wytłumaczeniu mechanizmu powstawania anemii złośliwej zdobył *Castle*. Opierając się na niedomodze czynnościowej gruczołów żołądkowych, stwierdzanej w anemii złośliwej, *Castle* wykazał, że zawartość żołądka osobnika zdrowego, który zjadł niedawno kawałek mięsa, wykazuje własności przeciwanemiczne, podobne do własności wątroby, których nie posiada czysty sok żołądkowy. Należy wię uznać, że w mięsie znajduje się czynnik zewnętrzny, „extrinsic factor" czyli hemogen, który w żołądku pod wpływem czynnika wewnętrznego, „intrinsic factor" czyli hemogenazy, przetwarza się w związek czynny; dopiero następnie związek ten wchłania się i zostaje zmagazynowany w wątrobie, nerkach i t. d.

W pewnej sprzeczności z teorią *Castle'a* znajdują się spostrzeżenia, że nawet całkowite operacyjne usunięcie żołądka nie zawsze wywołuje u człowieka lub zwierzęcia zespół objawów niedokrwistości złośliwej.

Czynnik zewnętrzny znajduje się więc w mięsie i w wątrobie. Nie jest on identyczny z witaminą B_2, jak to przez pewien czas uznawał *Castle*. Co się tyczy czynnika wewnętrznego, to znajduje się on w soku żołądkowym, w śluzówce żołądka i w kiszkach. Obecność jego w wątrobie pozostaje pod znakiem zapytania. Czynnik wewnętrzny, zwany również hemopoetyną, jest zaczynem o niewielkiej odporności, który ulega zniszczeniu przy 45^0. Oddzielnie ani hemogenaza, ani hemogen nie posiadają żadnych własności krwiotwórczych.

Sharpe, *Sturgis* i *Isaac* udowodnili, że również preparaty żołądka wykazują wyraźne działanie przeciwanemiczne; hemogenaza, zawarta w żołądku, działa prawdopodobnie na warstwę mięśniową, zawierającą hemogen, i doprowadza do wytworzenia się związku czynnego.

Greenspon opracował nową, bardzo pomysłową teorię, opierającą się zasadniczo na spostrzeżeniach *Castle'a*. *Greenspon* leczył chorych dotkniętych anemią złośliwą sokiem żołądkowym; sok ten uprzednio zobojętniano, co uniemożliwiało działanie pepsyny; leczenie takie wywoływało zawsze przełom retikulocytów; wynikałoby z tego, że pepsyna soku żołądkowego hamuje lub znosi działanie związku czynnego żołądka. Należałoby więc uznać, że w podstawowym

doświadczeniu *Castle'a* działanie podanego mięsa polega tylko na związaniu pepsyny i uwolnieniu w ten sposób związku czynnego.

W ten sposób hipoteza czynnika zewnętrznego staje się zbyteczna i wszystkie związki, wiążące pepsynę, mogłyby działać w ten sam sposób. Jednakże teoria *Greenspona* nie zgadza się ze spostrzeżeniem, że kazeina i gluteina zboża, pomimo że wiążą pepsynę, pozostają zupełnie bez wpływu na ujawnienie się własności przeciwanemicznych składnika zawartego w soku żołądkowym. Ponadto okazuje się, że czynne preparaty żołądka nawet zawierają pepsynę.

Dla dalszych postępów badań naukowych w dziedzinie przeciwanemicznych związków czynnych bardzo duże znaczenie ma, jak już o tym wspominaliśmy, możność przeprowadzania odpowiednich doświadczeń na zwierzętach dotkniętych sztucznie wywołaną chorobą, podobną do ludzkiej niedokrwistości złośliwej. Wtedy można by było z łatwością sprawdzać, czy dany związek jest czynny, czy też nie posiada żadnych własności leczniczych. W poszukiwaniu odpowiedniego odczynnika doświadczalnego, wykonano już bardzo dużo badań, które nie dały jednak dotychczas zadowalających wyników. Próbowano wywołać u zwierząt objawy chorobowe, zbliżone do anemii złośliwej, za pomocą jadów hemolitycznych (saponiny, sulfonal, fenylhydrazyna, toluilendwuamina i t. d.). Badano również zachowanie się anemii wywołanej przez Bacterium Welchi oraz anemii wywołanej przez bartonelle, która powstaje u szczurów po wycięciu śledziony. Badano następnie u różnych zwierząt przełom retikulocytów, który charakteryzuje tak wyraźnie działanie wątroby w niedokrwistości złośliwej.

Nową drogę badań odkryto niedawno przez stwierdzenie, że pewne specjalne diety, jak np. karmienie mlekiem kozim, wywołują anemię nadbarwliwą. *Jacobson* wykazał w ten sposób doświadczalnie, że wątroba chorych, cierpiących na anemię złośliwą, w przeciwieństwie do wątroby normalnej, nie posiada żadnych własności krwiotwórczych. *Schales* zaproponował metodę określania wartości preparatów drogą chemiczną, przez równoległe obliczanie zawartości azotu i wagi określonej frakcji związku czynnego, rozpuszczalnej w alkoholu przy 70° i strącalnej alkoholem przy 90°. Suma tych dwóch cyfr ma być miernikiem czynności preparatu. Dane te wymagają jednak jeszcze sprawdzenia.

W praktyce należy trzymać się amerykańskich przepisów i wskazówek Council of Pharmacy and Chemistry, według których należy określać najmniejszą dawkę, która przy codziennym stosowaniu w ciągu 10 dni wywołuje ściśle określone zwiększenie się ilości retikulocytów.

Prof. dr A. MAYER, Klinika położnicza w Tubindze.

UWAGI W SPRAWIE ZWIĘKSZENIA SIĘ DŁUGOŚCI NOWORODKÓW

(Referat według Ztrbl. f. Gynäkologie 1937, Nr. 48).

Już oddawna stwierdzono w różnych krajach, że wzrost rekrutów powoli lecz stale się zwiększa. W Finlandii, w ciągu przeszło stulecia (od końca 18. wieku do 1922 r.), przeciętny wzrost żołnierzy powiększył się o 2 cm *(Kajawa* i *Finne)*. W Holandji w ciągu znacznie krótszego czasu, od 1850 do 1900, zwiększenie się wzrostu u ludności żydowskiej wynosiło 6,4 cm a u Holendrów nawet 10,9 cm *(Bolk)*. W Japonii w czasie od 1897 do 1920 wzrost rekrutów powiększył się o 2 cm *(Akiba)*. W Niemczech, w Frankfurcie n. M., w czasie od 1892 do 1912 stwierdzono powiększenie się wzrostu rekrutów o 1,2 cm *(Meinshausen)*. Szczególne znaczenie mają wyniki badań *Kocha* (Ztrbl. Landärzt. 1936), przeprowadzonych na dzieciach szkolnych w Lipsku. *Koch* wykazał, że 14-letnie dziewczynki są tam obecnie o 11 cm wyższe niż przed 20 laty. U uczennic w wyższych klasach główny okres wzrostu kończy się obecnie w 14. roku życia, podczas gdy w r. 1922 następowało to dopiero w 16. roku życia. Okres miesiączkowania rozpoczyna się o 1½ do 2 lat wcześniej.

Stwierdzenie powyższych faktów narzucało pytanie, czy również i noworodki nie są obecnie dłuższe niż dawniej. Otóż badania wykonane w Tubindze wykazały, że przy porównaniu danych z okresu 1899 — 1904 do 1930 — 1931 długość chłopców i dziewczynek jest obecnie u pierwiastek większa o 0,8 cm, u wieloródek o 0,7 cm. Długość noworodków poniżej 50 cm należy do rzadkości; długość noworodków powyżej 50 cm stwierdza się coraz częściej; ilość tych przypadków prawie że się podwoiła. Wytłumaczenie tego faktu nie jest rzeczą łatwą. Przede wszystkim należało by tu myśleć o zmianach warunków odżywiania pod względem ilościowym i jakościowym. Zwiększenie się długości noworodków może zależeć również od wielkiego rozpowszechnienia się sportów, które wpływają pomyślnie na ogólne warunki życiowe przyszłych matek. *Koch* tłumaczy zwiększenie się wzrostu dzieci w wieku szkolnym dłuższym przebywaniem dzieci na powietrzu i działaniem promieni słonecznych. Szczególne znaczenie mają tu promienie pozafioletowe. Współczesne przyspieszenie wzrostu ludzi zależy więc według *Kocha* głównie od wpływu nasłoneczniania. Jako dowód pomyślnego działania zwykłego nasłoneczniania przytacza *Koch* spostrzeżenia *Mathiasa*, który wykazał, że u wielu dzieci całkowite roczne zwiększenie się wzrostu odbywa się wyłącznie w stosunkowo krótkim okresie wakacyjnym, w którym dzieci przebywają znacznie więcej w pomyślnych warunkach słonecznego światła.

Zwiększone nasłonecznienie, związane ze sportami, dotyczy jednak głównie ludności miast i odnosi się w mniejszym stopniu do ludności wiejskiej, która już

od dawna korzysta znacznie więcej ze słońca. Z powyższego względu nie można jeszcze uznać za udowodnione, że główną przyczyną większej długości współczesnych noworodków jest lepsze niż dawniej nasłonecznianie kobiet w ciąży.

Następnie należało by tu jeszcze uwzględniać możliwość odpowiedniego doboru naturalnego oraz wybujałość wzrostu („Heterosis“) wskutek bastardyzacji *(Plate)*, analogicznie do zjawisk zaobserwowanych początkowo w świecie roślinnym. *Lindborg* uzależnia zwiększenie się wzrostu u Szwedów od mieszania się ras. Również niezwykłe zwiększanie się wzrostu ludności miast, w których ilość mieszkańców zwiększa się głównie wskutek dopływu ludności z prowincji, ma być jakoby skutkiem krzyżowania się różnych szczepów. Heterosis u ludzi nie jest jednak jeszcze zjawiskiem udowodnionym z całą pewnością.

Bez względu na różne próby tłumaczenia omawianego faktu, wydaje się rzeczą bezsporną, że wzrost ludności Europy stale się zwiększa. Z tego właśnie powodu średniowieczne zbroje rycerskie nie pasowałyby dla dzisiejszego przeciętnego człowieka, gdyż są za małe. Przyczyna tych zmian, mówiąc zupełnie ogólnie, związana jest z obecnymi lepszymi warunkami życia, które zawdzięczamy nowoczesnej kulturze; z tego samego powodu zwierzęta domowe są przeważnie większe, niż rasy dzikie.

Dr E. MÜHLE, Temeszwar.

LECZENIE NIEPOWŚCIĄGLIWYCH WYMIOTÓW U CIĘŻARNYCH

(Referat według Med. Zschr. 1937, Nr. 7).

W przypadkach niepowściągliwych wymiotów u ciężarnych autor stosował wstrzykiwania wyciągu wątrobowego w postaci Campolonu. Campolon nie zawodził nawet w przypadkach bardzo uporczywych, w których wszelkie inne zabiegi lecznicze pozostawały bez wpływu na przebieg choroby. Niepowściągliwe wymioty ciężarnych w wielu przypadkach zmuszają jeszcze ciągle do sztucznego przerwania ciąży. Wprowadzenie Campolonu do lecznictwa tej ciężkiej choroby, przedstawiającej istotny crux medicorum, oznacza wielki postęp terapeutyczny. Jako przykłady szybkiego i pomyślnego działania Campolonu autor przytacza w streszczeniu 4 historie choroby:

1. Pierwiastka, lat 29, w drugim miesiącu ciąży. Od 2 tygodni bezustanne, dokuczliwe wymioty. Zwraca każde pożywienie. W ciągu 2 tygodni straciła 7,5 kg na wadze. Mocz bez zmian chorobowych. Ciśnienie krwi prawidłowe. Dieta bez mleka i bez mięsa oraz podawanie wapnia nie sprawiły chorej żadnej ulgi. Autor wstrzyknął wówczas 2 cm^3 Campolonu. Już następnego dnia mdłości i wymioty ustąpiły, samopoczucie znacznie lepsze. Jeszcze po 2 wstrzyknięciach ustąpił również obfity poprzednio ślinotok. Dalszy przebieg ciąży prawidłowy.

2. Pierwiastka w 3. miesiącu ciąży. Od miesiąca wymioty po każdym jedzeniu. Chora krańcowo osłabiona. Mocz i ciśnienie krwi bez zmian. Po pierwszym wstrzyknięciu Campolonu wymioty ustąpiły. Oprócz diety i leżenia w łóżku żadnych innych zabiegów leczniczych nie stosowano. Po 3. wstrzyknięciu Campolonu znaczna poprawa. Chora czuje się o wiele silniejsza i wypisuje się ze szpitala w stanie bardzo dobrym.

3. Chora w 2. miesiącu ciąży. Hyperemesis gravidarum. Stan ogólny bardzo ciężki. Dieta, leżenie w łóżku i inne zabiegi nie uspokajają gwałtownych wymiotów. Ze względu na znaczne wyczerpanie, chora prosi o przerwanie ciąży. Po przyjęciu do szpitala zastosowano wstrzykiwania Campolonu. Doraźna poprawa, chora natychmiast przestała wymiotować. W drugim dniu Campolon + Calcium, chora nie wymiotuje. W trzecim dniu tytułem próby tylko wapń i dieta — znowu wymioty. Od tego czasu codziennie Campolon (5 razy po 2 cm^3). Wymioty ustąpiły ostatecznie. Pacjentka czuje się dobrze.

4. Chora w 1. miesiącu ciąży. Od 2 tygodni mdłości i ucisk w żołądku. Wymiotuje 3 — 4 razy dziennie po każdym jedzeniu. Zupełny brak apetytu, znaczne osłabienie, wywołujące objawy zapaści. Leżenie w łóżku, dieta, wapń. Następnie Campolon. Po pierwszym wstrzyknięciu Campolonu mdłości i wymioty natychmiast ustępują. Chora może się odżywiać bez żadnych przeszkód. Następnego dnia mdłości znowu wystąpiły; drugie wstrzyknięcie Campolonu usunęło zaburzenia już ostatecznie.

Dr W. BECKER, Klinika Chorób Skórnych w Szpitalu Miejskim Drezno-Friedrichstadt.

LECZENIE RÓŻY.

(Referat według Dermat. Wschr. 1937, Nr. 7).

Do leczenia róży Prontosilem autor stosuje obecnie wyłącznie doustną metodę podawania preparatu. Materiał obserwacyjny autora składa się z 50 przypadków róży. 36 chorych otrzymywało aż do ustąpienia zaczerwienienia 3 razy dziennie po 2 tabletki, 14 chorych leczono wstrzykiwaniami (obserwacje dawniejsze). Dotkliwe bóle, zależne od silnego napięcia skóry, uśmierzano za pomocą wilgotnych okładów. Prawie wszyscy chorzy znosili Prontosil bardzo dobrze; jedynie kilku chorych odczuwało na początku leczenia lekkie mdłości. Porównanie wyników leczenia metodą Chlumskiego (autohemotera-

	Leczenie własną krwią (według Chlumskiego) 50 chorych	PRONTOSIL Wstrzykiwania 14 chorych	PRONTOSIL Doustnie 36 chorych
Spadek gorączki poniżej 37° w	7,8 dni	4,5 dni	3 dni
Ustąpienie zmian skórnych	14 „	10,2 „	7,36 dni
Czas leczenia (pobyt w klinice)	19,8 „	15,6 „	14,27 dni
Postępowanie róży	23 chorych	6 chorych	6 chor. (b. słabe)
Nawroty	1 chory	1 chory	1 chory
Powikłania	12 chorych	1 chory	6 chorych
Przypadki śmierci	1 chory	—	—
Nietolerancja	—	3 chorych	—
Bez skutku	—	1 chory	—

pia) oraz Prontosilem wykazuje wyraźną wyższość tabletek Prontosilu. Przy róży doustne podawanie Prontosilu w tabletkach okazuje się skuteczniejsze, niż stosowanie domięśniowych wstrzykiwań Prontosilu solubile.

Zewnętrzne stosowanie alkoholowego roztworu Prontosilu (0,3 — 0,6% w 70%-owym alkoholu) oraz maści prontosilowej (0,5 — 1% w paście cynkowej) nie dawało żadnych wyraźniejszych wyników. Również przy czyrakach i ropniach gruczołów potowych działanie lecznicze Rivanolu było skuteczniejsze od miejscowego działania Prontosilu. Najlepsze wyniki za pomocą maści prontosilowej osiąga się przy pryszczycy łojotokowej i w przypadkach Sycosis non parasitaria. Przy grzybicach nóg dobrze działały nacierania alkoholowym roztworem Prontosilu (2 razy dziennie przez 8 — 14 dni).

Powikłania występowały przy doustnym stosowaniu Prontosilu znacznie rzadziej i miały przebieg lekki: w 5 przypadkach wytworzyły się niewielkie ropnie skórne, w 1 przypadku stwierdzono zakrzep żylny. Flegmonę obserwowano tylko 1 raz przy leczeniu pozajelitowym. W 50 przypadkach, leczonych własną krwią, powikłania wystąpiły 12 razy: flegmona (1), martwica (2), ropnie (2), zakrzepowe zapalenie żył (1), zapalenie ucha (2), zapalenie nerek (3), bóle stawowe (1).

Dr O. WAGNER i dr E. HEES, Höchst i Wiesbaden.

W SPRAWIE OBECNOŚCI TRICHOMONAD WE KRWI LUDZI I ZWIERZĄT

(Referat według Zbl. Bakter. 1937, tom 138).

W ostatnich czasach znaleziono u ludzi i u zwierząt trichomonady nie tylko w pochwie, lecz również w macicy, przydatkach, torbielach jajnikowych, w płynie z puchliny brzusznej, w ropniach powłok brzusznych i ropniach jamy *Douglasa*, w łożysku, w nasieniu, w kale, moczu i we krwi. Obecność trichomonad we krwi i w wydzielinach narządów płciowych przemawia za wzajemnym zakażeniem. Trichomonady we krwi znajdujemy często również i u wielkich zwierząt. Tak np. autorzy, badając 22 klacze, wykryli obecność trichomonad we krwi u 11 klaczy (50%); na 40 buhajów, 25 miało trichomonady we krwi (62,5%) i na 74 krów, badania dały wynik dodatni w 56 przypadkach (75,2%). Przy badaniu 75 ludzi, trichomonady we krwi znaleziono 55 razy; oprócz tego stwierdzono obecność tych zarazków również w pochwie, szyjce macicznej, cewce


Trichomonas vaginalis (*Powella*).

moczowej, kale, moczu, w jamie ustnej, w żołądku i w kiszkach. Ludzie i zwierzęta, u których wykryto obecność trichomonad we krwi, znajdowali się przeważnie w stanie znacznego wyniszczenia. Często stwierdzano bezpłodność lub wczesne poronienia. Pierwotnym źródłem zakażenia była obecność trichomonad w narządach płciowych. Zwłaszcza w przypadkach istnienia ran w narządach płciowych, można było wykazać przechodzenie trichomonad z uszkodzonych miejsc do krążenia ogólnego i odwrotnie — ponowne zakażanie narządów płciowych drogą krążenia. W 40 przypadkach, w których przeprowadzono u chorych wielokrotne badania krwi na obecność trichomonad z wynikiem dodatnim, zastosowano leczenie Deveganem. Po 4—6 tygodniowym leczeniu, w 22 przypadkach (= 53%) trichomonady zniknęły zarówno z krwi jak i z wydzieliny pochwowej. Badania kontrolne dawały dotychczas wyniki ujemne, tak, że leczenie to zostało uwieńczone całkowitym powodzeniem. U 16 chorych leczenia jeszcze nie ukończono. Jednocześnie ze zniknięciem pasożytów ze krwi, poprawił się również stan ogólny i zwiększała się waga ciała. Obecnie nie można jeszcze z całą pewnością rozstrzygnąć, czy trichomonady we krwi są prawdziwymi pasożytami, czy też przenikają one do krążenia z kiszek, względnie z narządów płciowych.

Dr E. FORSTER, Brandenburg.

W SPRAWIE TECHNIKI I OCENY ODCZYNU OPADANIA KRWINEK

(Referat według „Med. Klinik", 1935, Nr. 14).

W celu określenia szybkości opadania ciałek czerwonych we krwi z cytrynianem sodowym, napełnia się szklane, miareczkowane rurki, tak, aby słupek krwi sięgał do 20 cm wysokości. Aby zapobiec krzepnięciu krwi, dodaje się do niej rozczyn cytrynianu sodowego (3,8:100,0), w stosunku odpowiadającym 1/5 ilości pobranej krwi. Po 2 godzinach sprawdza się, o jaką ilość podziałek opada słupek czerwonych ciałek, zawieszonych w surowicy z cytrynianem sodu. By zapobiec hemolizie i sztucznemu przyspieszeniu opadania krwinek, strzykawka do pobierania krwi winna być dokładnie osuszona z resztek wody lub wyskoku. Rozczyn cytrynianu sodowego powinien być przygotowany możliwie ex tempore i nie powinien zawierać grzybków pasożytniczych. Po dodaniu cytrynianu do krwi, nie należy zbyt gwałtownie mieszać, gdyż łatwo może nastąpić hemoliza.

Znaczne uproszczenie i udogodnienie w wykonaniu odczynu opadania krwinek, dają rurki Zakładów *Behringa*, zawierające w 1/5 swej objętości gotowy rozczyn cytrynianu sodowego (3,8%). Rurki te mogą być użyte w każdej chwili, gdyż zaopatrzone są w ostre i nowe igły; jałowość rurek tudzież świeżość

rozczynu są bez zarzutu. Oto zalety, które decydują o wartości rurek *Behringa* i pozwalają lekarzowi zaoszczędzić czas, niezbędny dla odmierzania krwi oraz rozczynu cytrynianu sodowego. Do chwili obecnej autor dokonał za pomocą rurek *Behringa* z górą 10.000 odczynów opadania krwinek, zaoszczędzając w ten sposób dużo czasu. Rurki te okazały się szczególnie dogodne przy jednorazowym użyciu w praktyce domowej (na uzyskanie ostatecznego wyniku należy bowiem czekać 4 godziny). Polecić je zwłaszcza należy lekarzom na stanowiskach urzędowych, przeważnie niedostatecznie zaopatrzonych w sprzęt laboratoryjny oraz w tych przypadkach, w których odczyny opadania krwinek dokonuje się masowo.

Złożony aparat *Katza-Westergrena*, z wąskimi rureczkami, trudnymi do mycia, autor zastąpił rurkami o średnicy 6 mm, szczelnie zamykanymi za pomocą gumowych koreczków. Rurki te można napełniać krwią bezpośrednio. Wynik odczynu opadania krwinek można oznaczać analogicznie do sposobu oznaczania w Niemczech i Austrii rezultatu reakcji *Wassermanna*, t. zn. +, + +, jakkolwiek zaznaczyć należy, że szybkość opadania krwinek nie zawsze odpowiada nasileniu sprawy chorobowej! Pożądane jest zatem oznaczać po dwóch godzinach wynik odczynu w milimetrach. Błędnymi natomiast są obliczenia dokonywane po godzinie, gdyż przy nieznacznym wzmożeniu opadania stają się one miarodajnymi dopiero po upływie conajmniej dwóch godzin. Granica stanu chorobowego wynosi po 2 godzinach dla mężczyzny 17 mm, dla kobiety 20 mm. T. zw. „wartość końcowa“, ustalająca się zazwyczaj po 24 godzinach na 70 mm, nie posiada żadnego znaczenia praktycznego. W przypadkach szczególnego przyspieszenia opadania krwinek, końcowe liczby mogą ustalać się już po 2 godzinach. Przyspieszenie odczynu 24 godzin, wobec prawidłowej liczby po 2 godzinach, wskazuje na zmniejszoną ilość czerwonych ciałek. W tych przypadkach, kiedy odczytanie wyniku po 2 godzinach jest z jakichkolwiek względów niemożliwe, należy co 15 minut ustalać obniżenie słupa czerwonych ciałek; wyrysowując odpowiednią krzywą i łącząc poszczególne jej punkty, można ustalić przypuszczalny wynik odczynu po 2 godzinach.

Znaczne zwolnienie opadania krwinek u osobników pod względem somatycznym zupełnie normalnych, wskazuje na pobudliwość nerwową, skłonność do zaburzeń układu roślinnego i stanów histerycznych. Autor stwierdził, że u wszystkich osobników z konstytucjonalnym zwolnieniem opadania krwinek, można wykazać oznaki przebytej krzywicy. To samo dotyczy osobników, u których istnieje stałe wmożenie ilości wapnia w moczu. A priori już można przypuścić, że granica patologiczna opadania krwinek u osobników krzywiczych jest niższa. 10—15 mm stanowią już wartości wysokie dla osób krzywiczych. Przyczynę zwolnienia opadania krwinek u osobników z zaburzeniami układu roślinnego, histeryków i obarczonych skazą alergiczną (dychawica oskrzelowa, pokrzywka, krztusiec, pryszczyca), należy według wszelkiego prawdopodobieństwa upatrywać, podobnie jak w krzywicy, w zaburzeniach przemiany wapniowej ustroju (obniżenie ilości wapnia i wzmożenie zasadowości krwi). Zwolnienie opadania

krwinek spostrzega się również w innych stanach chorobowych, jak np. policytemia rubra, gdzie zjawisko to tłumaczy się zwiększeniem ilości czerwonych ciałek krwi i wzmożoną krzepliwością. Być może, że wchodzi tu również w grę zmniejszona ilość tlenu we krwi. Zwolnienie opadania krwinek występuje również w okresie nagromadzenia się we krwi dwutlenku węgla (zwiększenie zasadowości) na skutek zastoiny sercowej, bądź też utrudnienia wymiany gazowej w płucach, jak to ma miejsce w suchych zapaleniach oskrzeli i w pierwszych dniach po założeniu odmy sztucznej. To samo zjawisko spostrzega się w schorzeniach wątroby, którym towarzyszy żółtaczka. Cały szereg czynników fizjologicznych przyspiesza opadanie krwinek; wymienić tu należy gorące kąpiele, masaże, forsowne marsze, szczepienia swoiste i nieswoiste, zabiegi chirurgiczne, promieniolecznictwo, diatermia. Nieznaczne przyspieszenie opadania krwinek stwierdza się również u kobiet w okresie miesiączkowania. W czasie ciąży opadanie krwinek przyspiesza się od 3.—4. miesiąca aż do 10. dnia po połogu. Mniej więcej po 40. r. życia, zwłaszcza u osobników z objawami miażdżycy (zaburzenia w przemianie wapniowej), daje się stwierdzić przyspieszenie opadania krwinek. W niedokrwistości złośliwej spostrzega się równolegle do zmniejszenia się ilości krwinek, przyspieszenie ich opadania. Odczyn opadania krwinek nie posiada cech swoistości. We wszystkich sprawach zapalnych i zakaźnych, którym towarzyszy rozpad tkankowy, objawy wysiękowe lub posocznicowe, odczyn ten przyspiesza się. Zaznaczyć przy tym należy, że nie jest on zawsze współmierny z nasilenem sprawy chorobowej. Zdarza sę bowiem niejednokrotnie, że przy wysiękowym zapaleniu opłucnej o przebiegu łagodnym, przyspieszenie opadania krwinek dochodzi już w ciągu 2 godzin do 120 mm, podczas gdy jamista, rozpadowa sprawa w płucach lub rak włóknisty żołądka nie dają wcale przyspieszenia odczynu. Przyspieszenie odczynu ponadto nie przebiega współmiernie z rozwojem sprawy chorobowej, lecz ujawnia się dopiero później. Zmiany gruźlicze w płucach dają się wykryć radiologicznie wcześniej, niźli za pomocą odczynu opadania krwinek. Odwrotnie, dość często zdarza się, że przyspieszenie opadania utrzymuje się przez dłuższy czas po wyleczeniu klinicznym zmian gruźliczych. Na ogół jednakże stwierdzić należy, że w gruźlicy płuc odczyn opadania krwinek przebiega równolegle do natężenia i czynności sprawy chorobowej, z wyjątkiem okresów końcowych schorzenia, kiedy następuje całkowite wyczerpanie sił obronnych ustroju. Przyspieszenie opadania krwinek u chorych z dychawicą oskrzelową i krztuścem (schorzenie uczuleniowe) świadczy o powikłaniach gruźliczych.

Dr W. N. BARKER i dr J. D. CAMP, Mayo Clinic (Am. Jl. Röntg. Rad. Ther. 1936, tom 35).
Dr J. RACHEFF, Klin. Chirurg. w Sofii (Clin. Bulg. 1937, Nr. 2).
Prof. dr DEMEL i dr SGALITZER, Wiedeń (Wien. Kl. W. 1937, Nr. 18).
Dr KLEIN, Kl. Wewn. w Pradze (Med. Kl. 1937, Nr. 42).

O WAZOGRAFII

Najlepszym preparatem do uwidaczniania żył na zdjęciu rentgenowskim jest Per-Abrodil. *Barker* i *Camp* przytaczają w swej pracy szereg obrazów rentgenowskich, na których po wstrzyknięciu Per-Abrodilu widać bardzo wyraźnie zwłaszcza wielkie żyły. Per-Abrodil nie wywołuje bólów w miejscu wstrzyknięcia ani podrażnienia śródbłonków żylnych. *Barker* dokonał wenogramów żył kończyn górnych i dolnych a raz nawet żyły szyjnej. Przeciwwskazaniami do stosowania Per-Abrodilu są tylko zakrzepowe zapalenia żył i nadwrażliwość na jod. *Verschnyl* (Ned. Tijdschr. Geneesk. 1937) uważa, że arteriografia nie jest zabiegiem obojętnym, natomiast *Demel, Sgalitzer* i inni są zdania, że arteriografia za pomocą Per-Abrodilu nie tylko daje cenne obrazy rozpoznawcze, lecz że wstrzykiwania tego preparatu (20 cm^3 dożylnie; wstrzykiwać wolno 2 — 4 minuty) posiadają duże własności lecznicze, polegające na rozszerzaniu naczyń krwionośnych. *Demel* i *Sgalitzer* leczyli dotychczas za pomocą wstrzykiwań Per-Abrodilu 100 chorych cierpiących na schorzenia krążenia obwodowego (Endarteriitis, Thrombangiitis, Angiospasmus). Odsetek pomyślnych wyników tego sposobu leczenia wynosił początkowo 36,2%, a ostatnio zwiększył się do 60%. Badania farmakologiczne *Picka* (cyt. według *Demela)* wykazały, że Per-Abrodil a także Abrodil bardzo silnie rozszerza najdrobniejsze naczynia i na tym właśnie polega jego pomyślne działanie lecznicze. Według *Racheffa* Per-Abrodil prawie wcale nie wpływa na ciśnienie krwi; w każdym razie na pierwszy plan wysuwa się raczej spadek ciśnienia wskutek rozszerzenia naczyń; spadek ten następuje już w 20—30 sekund po wstrzyknięciu. Żadnych objawów ubocznych arteriografia dokonana za pomocą Per-Abrodilu nie wywołuje *(Racheff)*. Również *Klein* (Kl. W. 1938,



Arteriogram po wstrzyknięciu 20 cm^3 Per-Abrodilu do tętnicy udowej (Ponadto guz kości udowej).

Nr. 14) stosuje Per-Abrodil już od szeregu lat dla celów terapeutycznych. Według *Kleina* rozszerzenie naczyń występujące pod wpływem Per-Abrodilu zna-



Wenogram uwidaczniający żylakowate rozszerzenia na podudziu.



Wazogram przedstawiający żylaki na podudziu i stopie.

cznie poprawia wykorzystanie tlenu przez tkanki i przyczynia się w ten sposób do poprawy obwodowych zaburzeń krążeniowych.

H. PETERS (Lekarz i lecznictwo).

JAK LUDZIE JEDLI I PILI W DAWNYCH CZASACH

(Aesculape 1931, Historia kultury 1936).

„Dwa są główne źródła wszelkich czynności ludzkich na świecie: głód i miłość". Pewien stary mędrzec dodał jeszcze: „Głód jest jednak czynnikiem znacznie silniejszym". Nie ulega wątpliwości, że głód jest jedną z najelementarniejszych potrzeb istot żywych; zaspakajanie głodu jest tym bezwzględniejsze, im prymitywniejszy jest człowiek głodny. Głód jest nie tylko czynnikiem biologicznym, lecz również politycznym: głód tworzy historię, wędrówki narodów, wynalazki. Nie należy nigdy niedoceniać potęgi głodu. Despoci dla utrzymania swej władzy często musieli bić i katować głodującą ludność; a najlepszym sposobem zdobycia uznania byłaby przysłowiowa niedzielna kura w garnku. Nie potrzeba dążyć do wytworzenia typu „tęgich mężów" Cezara, jednakże zanim pomyśli się o czymś innym, należy przede wszystkim wytępić blade widmo głodu.

W literaturze pięknej znajdujemy opisy tak niewiarygodnego wprost ob-

żarstwa ludzkiego, że trudno w nie uwierzyć. Czy Owidiusz był przy tym, gdy jego Erystichon zjadł tyle, że można by tym nakarmić całe miasto? Czy Coelius zasługuje na wiarę, gdy twierdzi, że Theagines z Tracji zjadł całego wołu? Surinus powołuje się w swym opisie nie tylko na Vopiskiusza, lecz wzywa na świadków wszystkich mieszkańców miasta Augsburga, że cesarz Aureliusz widział człowieka, który w jego obecności pochłonął surowego cielaka i zjadłby na dodatek, gdyby mu na to pozwolono, jeszcze całego barana! Naukowe rozprawy doktorskie wyróżniały się zawsze dokładnością i prawdą. Otóż posiadamy pewną rozprawę, pochodzącą z roku 1757. Autor tej dysertacji, dr. *Rudolf Boehmer*, opisuje szczegółowo, jak przed pewną zasługującą na zaufanie komisją stanął młody człowiek, który w krótkim stosunkowo czasie pochłonął barana, prosiaka i 60 funtów śliwek razem z pestkami. Bohaterowie słynnej powieści satyrycznej Rabelais'go — Gargantua i Pantagruel — pożerali na jednym posiedzeniu tak fantastyczne ilości pożywienia, że wymyśleć coś podobnego mógł tylko tak wspaniały wirtuoz trójwymiarowego kłamstwa jak mistrz Rabelais.



Falstaff.

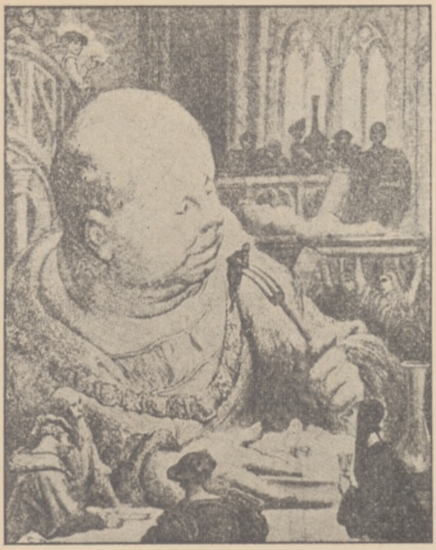


Lewatywa. Malarz nieznany. Około 1550.



Lekarz i chory. Paryż. 1817.

Mówiąc o głodzie i jego zaspakajaniu nie wolno oczywiście zapomnieć o jego wielkim bracie — pragnieniu! Dążenie do gaszenia pragnienia szlachetnymi napojami bywa często nawet silniejsze, niż dążenie do zaspakajania głodu. Szczególnie pojętnymi uczniami Dionizosa byli bohaterowie Homera. Każdą wolną chwilę między morderczymi walkami poświęcali oni dla pocieszenia swych zasmuconych serc ucztom, podczas których nigdy nie było dosyć wina. Również i w Eddzie znajdujemy liczne opisy, jak ówcześni ludzie jedli i pili; opisy te mogą wprawić w zdumienie nawet największego dzisiejszego obżartucha.



Gargantua pożera pielgrzyma.
Ilustracja *Dore'go.* 1854.

Mówiąc dalej o żołądku i o jego niesłychanej pojemności, nie potrzebujemy chyba zaznaczać, że przy pewnym wykształceniu i wychowaniu podniebienia rozchodzi się więcej o jakość, niż o ilość pożywienia. Jest rzeczą niemożliwą, omawiać tu zagadnienia książek kucharskich od Lukullusa do Jerome'a, gdyż mogłoby to wypełnić wielką encyklopedię. Zaznaczymy tu tylko przy sposobności, że t. zw. misy Viteliusza zawierały wątroby makreli, języki flamingów, mleko murenów i jeszcze wiele innych wyszukanych składników, pochodzących często z odległych nawet krajów.

Francuzi byli już od dawna wielkimi znawcami kultury życia codziennego. Chyba żaden inny naród nie umiał tak ładnie otaczać się pięknymi rzeczami i postawić na tak wysokim stopniu estetykę środowiska, w którym przebywa. Nic więc dziwnego, że również i francuska sztuka kulinarna doszła do szczytu doskonałości.

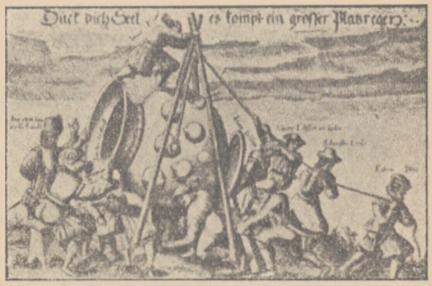
W przytoczonych tu karykaturach, pochodzących z okresu zajęcia Paryża w r. 1816, Francuzi bardzo drastycznie wyśmiewają przyzwyczajenie Anglików do spożywania wielkich ilości mięsa. Francuzi uważają swój smak za szczególnie subtelny i są zdania, że podniebienia innych narodów są bardzo mało zróżnicowane; tym się tłumaczy, że wschodni sąsiedzi Francuzów, jako zwolennicy „choux croute", nie odznaczają się w opinii francuskiej szczególną znajomością sztuki kulinarnej. Doktorowi *Disseqhomme,* który na obrazie „Lekarz i chory", z taką obojętnością zaleca swemu pacjentowi dietę głodową, należało by przy tym przypomnieć następujący pogląd, charakterystyczny dla jego ziomków: „Proszę mi wymienić inną przyjemność, którąby się tak szybko powtarzała, jak jedzenie!".

Spośród wielkiej ilości różnorodnych typów szekspirowskich, zwraca na siebie między innymi uwagę również postać wielkiego żarłoka, Falstaffa. Pomimo swej niezwykłej tuszy nie jest on pozbawiony wdzięku, podczas gdy „generał von Fressdorf i Wansthausen", podobnie jak inne liczne typy żarłoków, przedstawionych na karykaturach z r. 1617, należą do ówczesnego świata ludzi gruboskórnych, w którym było wiele żartów, lecz mało subtelności.

Bezstronny sprawozdawca nie powinien się ograniczać do omawiania zagadnienia z jednej tylko strony, wobec czego również i tutaj nie wolno nam pominąć — sit venia verbo — również i strony odwrotnej! Tę stronę odwrotną widzimy przedstawioną na niektórych obrazach tak plastycznie, że nie potrzeba



Karykatura na obżarstwo.
Ukazała się podczas zajęcia Paryża w r. 1816



Karykatura na opilstwo (1617).

już chyba żadnych dalszych wyjaśnień. Jeżeli człowiek staje się maszyną pożerającą, to podlega on prawom mechanicznym, t. zn. można go napełnić ponownie dopiero wtedy, gdy poprzednio opróżniono go dostatecznie. Sztuka lekarska musiała się zawsze zajmować tym ważnym zagadnieniem. Wydaje się nam, że pióro pawie, którym Rzymianie łaskotali gardło i sztucznie wywoływali wymioty, tak że żołądek zwracał całą swą zawartość, aby można było powtórzyć ucztowanie od początku, było wynalazkiem znacznie lepszym niż „The patent stomach reliever!". Opróżnianie przepełnionego przewodu pokarmowego może się jednak odbywać również i inną drogą. Pochodzenie lewatywy jest prawie poetyczne. Ze zdumieniem przyglądali się starożytni Egipcjanie, jak ibis, który cierpiał na zaparcie, stosował sobie sam lewatywę za pomocą swego własnego długiego dzioba! Historia medycyny poucza nas, że Erasistratos z Keos wynalazł około 304 r. przed N. Ch. „kateter" i stosował lewatywy. Mniej więcej po 700 latach jatrosofista Severus pisze całą książkę „O lewatywach". Uroczyście, lecz z lekko krwiożerczym wyrazem twarzy, kroczy ze swoim nieodłącznym przyrządem „Dottor Ballanzone" do swej codziennej pracy. Piękna dziewczyna na obrazie „La curiosité punie" poucza, że tę wielką strzykawkę można wykorzystać również dla innych celów. Lewatywę stosuje się jednak również dla leczenia zaparcia, które przecież nie zawsze pochodzi od nadmiaru jedzenia; będzie to



Każdy według swego upodobania. *Genty.* 1816.



Patentowane opróżnianie żołądka. *Jones.* 1824.





Generał v. Fressdorf i Wansthausen (17. wiek). Dr. Ballanzone. 1823.

zawsze okolicznością łagodzącą dla cierpiących na leniwe kiszki i zmuszonych do korzystania z tego starożytnego przyrządu.

Istnieje stara francuska książka kucharska, której przepisy zaczynają się otsrożnie od słowa „Ayez“: „Ayez un lapin“ i t. d. Na początku każdego jadłospisu należałoby jednak przede wszystkim umieścić: „Ayez faim“. Kultura jedzenia jest lub powinna być kulturą głodu, który może być duży, ale nie zbyt wielki! Równie słusznym jest znane żądanie, że należy zaprzestać jeść w chwili, gdy najlepiej smakuje. Kto nie przekraczał przeciętnych, dozwolonych granic jedzenia i picia, ten nie zdaje sobie zwykle nawet sprawy, jak głęboką jest mądrość umiarkowania. Poważne zepsucie żołądka i bardzo dokuczliwe dolegliwości nie są z pewnością ceną zbyt drogą za przekonanie się o słuszności tej zasady, jeżeli tylko przekonanie to przeniknęło głęboko do naszej świadomości i jeżeli to doświadczenie przeniesiemy również do innych dziedzin naszego postępowania. Z powodu niedoskonałości natury ludzkiej, umiejętność przestrzegania umiarkowania jest najlepszym probierzem sztuki życia.



Ukarana ciekawość. Paryż. 1817.

Do celowego uregulowania czynności kiszek

Istizin

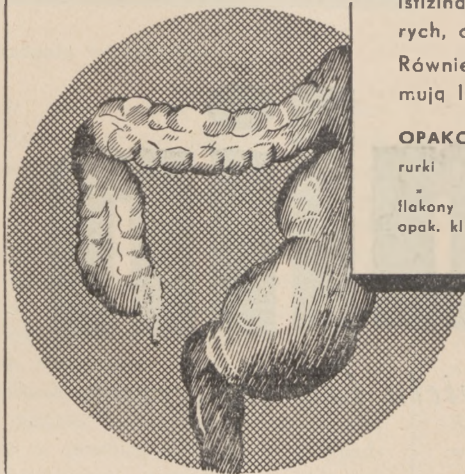
skuteczny i łagodny środek czyszczący.

Istizina nadaje się doskonale dla obłożnie chorych, ciężarnych i położnic.

Również i wrażliwi pacjenci oraz dzieci przyjmują Istizinę chętnie i bez żadnych zastrzeżeń.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

rurki	po	10	tabletek	à 0,15 g	zł. 1.20
„	„	30	„	à 0,15 g	„ 2.70
flakony	„	60	„	à 0,15 g	„ 5.—
opak. klin.	„	500	„	à 0,15 g	„ 25.30



Niedoścignione działanie lecznicze w nadkwaśności żołądkowej, zgadze (również po nadużyciu alkoholu), w nieżycie żołądka, owrzodzeniu żołądka i dwunastnicy:

HYDRONAL

idealny środek do wiązania kwasów na podstawie koloidalno-chemicznej.

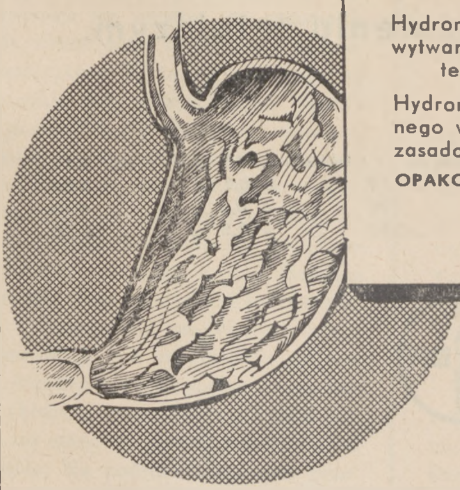
ANTACIDUM

Hydronal wiąże nadmiar kwasu żołądkowego, wytwarzając jednocześnie związek gelowy, skutecznie chroniący śluzówkę żołądka.

Hydronal nie wywołuje ponownego nadmiernego wydzielania kwasu, jak to czynią związki zasadowe i nie wytwarza kwasu węglowego.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

pudełka po	25 g	zł. 3.—
„	„ 100 g	„ 7.50



BAYER

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

O zakażeniu ogniskowym.

Autor zdaje sprawę z wyników badania kontrolnego 100 chorych, u których podczas pobytu w klinice chorób wewnętrznych Uniwersytetu Wrocławskiego stwierdzono objawy zakażenia ogniskowego. Chorzy ci wykazywali najczęściej objawy zakażenia reumatycznego albo schorzeń narządu krążenia lub nerek. Po usunięciu pierwotnego ogniska chorobotwórczego, w 50 przypadkach stwierdzono wyleczenie a w 25 przypadkach poprawę. U 25 chorych usunięcie ogniska zakaźnego pozostało bez wpływu na przebieg choroby. W przypadkach posocznicy, wywołanej zakażeniem ogniskowym, usunięcie źródła choroby, które często może nie wywoływać nawet żadnych dolegliwości, sprowadza często doraźną poprawę; efekt leczniczy bywa tu wprost nadzwyczajny. Mniej znane i jeszcze bardziej zdumiewające są wyniki terapeutyczne, jakie osiągamy przez usunięcie ogniska zakaźnego w przypadkach pewnych zaburzeń naczyniowych, które na ogół zalicza się do dziedziny stwardnienia tętnic i którym przypisuje się zwykle złe rokowanie z powodu niemożności skutecznego zadziałania leczniczego. Klinicznie stwierdzamy lżejsze, ciężkie lub bardzo ciężkie napady dławicy piersiowej, wysiłkowej lub spoczynkowej, jako wyraz zaburzeń w ukrwieniu naczyń wieńcowych, albo też ucisk w głowie, zawroty głowy, osłabienie pamięci, jako oznaki mózgowych zaburzeń krążeniowych; choroba przebiega z nadciśnieniem tętniczym albo przy ciśnieniu prawidłowym. Również i wystąpienie omawianych zaburzeń wieńcowych lub mózgowych po raz pierwszy dopiero w wieku starczym, nie powinno wykluczać poszukiwania ognisk zakaźnych ani stanowić przeciwwskazania do ich usunięcia. Na podstawie licznych przekonywujących przypadków należy uznać za prawdopodobne, że najważniejszą przyczyną poważnego przebiegu choroby jest tu nie stwardnienie tętnic, lecz dodatkowe skurcze naczyniowe, wywoływane i podtrzymywane przez współistniejące ognisko zakaźne.

Trafne rozpoznanie i leczenie ognisk migdałkowych lub zębowych przedstawia często jedyną drogę dla skutecznego usunięcia wieńcowych stanów naczynioskurczowych. Również przy wyraźnych objawach stwardnienia tętnic w starszym wieku nie wolno zaniedbywać usuwania podejrzanych ognisk. Rozpoznanie obecności i rodzaju ogniska wyzwalającego objawy angiospastyczne można ułatwić przez prowokację tego ogniska za pomocą krótkich fal. Nieznaczne przyspieszenie opadania krwinek, względna limfocytoza, zupełny brak zmian lub obecność zaledwie niewielkich zmian przedmiotowych przy badaniu rentgenowskim i elektrokardiograficznym, przemawiają za zależnością objawów chorobowych od ogniska zakaźnego.

Dr K. Gutzeit, Wrocław.

(Klin. Wschr. 1936, Nr. 46)

Hipowitaminoza A — B?

Chory lat 29. Główne skargi pacjenta: ogólne osłabienie, utrata apetytu, zawroty głowy, niepewny chód, dokuczliwe swędzenie całego ciała. Dolegliwości te trwają już od kilku tygodni i stopniowo pogarszają się. W ciągu ostatnich dni chory wymiotował kilka razy po jedzeniu, nie odczuwając przy tym żadnych bólów żołądkowych. Od kilku dni skóra zmieniła się, wyschła, łuszczy się.

Badanie przedmiotowe: skóra na tułowiu i kończynach pokryta jakby rybimi łuskami; łuszczy się drobnymi i większymi płatkami. Ciężka parakeratoza zwłaszcza skó-

ry kończyn z wyraźną hiperpigmentacją. Na tułowiu, a zwłaszcza na piersiach i plecach wyraźna Keratosis pilaris. Błona śluzowa jamy ustnej, szczególnie na dziąsłach i języku, mleczno-mętna z niebieskawym połyskiem. Wargi sinawe wskutek zmian w nabłonku. Serce i płuca bez wyraźnych zmian chorobowych, natomiast tętno bardzo przyspieszone (100). Odruchów rzepkowych brak; odruchy Achillesa słabo dodatnie. Chód lekko ataktyczny. Próby palec-nos i pięta-kolano — wykazują wyraźną ataksję. Przy próbie Romberga chory chwieje się. Chory robi wrażenie lekko zamroczonego, w czasie i przestrzeni orientuje się jednak dobrze.

Różnorodność objawów chorobowych nasunęła autorowi myśl o hipowitaminozie jako głównej przyczynie tych niezwykłych zaburzeń. Podłożem zmian skórnych mogła tu być awitaminoza A, podłożem zaburzeń nerwowych — awitaminoza B.

Leczenie: codziennie domięśniowy zastrzyk 1 cm^3 Betaxiny, 3 razy dziennie po 10 kropel Voganu w łyżce tranu, 3 razy dziennie po 10 tabletek drożdży.

Już po 2 dniach tętno powróciło do normy. W 3. dniu leczenia odruchy rzepkowe były już zaznaczone, odruchy Achillesa występują wyraźnie. Ataksja znacznie mniejsza. Zamroczenie ustąpiło bez śladu. Skóra przestała się łuszczyć. Napięcie skóry zwiększyło się wyraźnie. Po kilku dniach ustąpiły również zmiany śluzówkowe. Badanie czucia wykazało lekką hipestezję i hipalgezję na stronie zewnętrznej obu podudzi i na grzbiecie obu stóp. Chory sam zaznacza, że czuje się znowu dobrze i że odzyskał już zdolność do pracy. Apetyt doskonały. Rekonwalescencja postępowała szybko, tak że po 10 dniach leczenia witaminowego wszystkie objawy chorobowe znikły.

W ten sposób rozpoznanie hipowitaminozy postawione na podstawie symptomatologii udało się potwierdzić również ex juvantibus.

Dr Rücken, Ems.
(Ther. Ber. 1937, Nr. 10)

W sprawie leczenia migreny.

Autorka opisuje historię choroby 30-letniej pacjentki, która prawie od 15 lat cierpiała na bardzo ciężką i uporczywą migrenę. Napady migrenowe występowały co 8 — 10 dni i przebiegały z łzawieniem, gwałtownymi wymiotami, nadwrażliwością na światło, zimno i hałas. Przez 2 lub 3 dni chora musiała wówczas bezwarunkowo leżeć w łóżku, gdyż była krańcowo wyczerpana. Wszystkie stosowane dotychczas zabiegi lecznicze, jak np. terapia krótkofalowa, najróżnorodniejsze środki przeciwmigrenowe, wstrzykiwania wyciągów wątrobowych, głębokie naświetlania promieniami Rentgena i zastrzyki różnego rodzaju, nie wywierały żadnego wpływu na przebieg choroby i nie sprawiały pacjentce najmniejszej nawet ulgi w jej cierpieniach. Z powodu tak długiego trwania choroby i pogarszania się zdolności do pracy, pacjentka nosiła się z myślą o samobójstwie.

Autorka zastosowała wówczas Betaxinę „mocną", którą wstrzykiwano przez miesiąc 3 razy tygodniowo, a potem 2 razy tygodniowo. Wynik okazał się wprost znakomity. Napady powtarzały się wprawdzie jeszcze co 10 dni, natężenie ich było jednak bez porównania słabsze. Chora nie wymiotuje, nie doznaje łzawienia, nie jest tak przeczulona, nie musi leżeć w łóżku. Apetyt poprawił się znacznie, waga zwiększyła się o 3 kg.

Dr Greta Martens-Ohmstede.
Jever w Oldbg.
(Ther. Ber. 1938, Nr. 5)

Spostrzeżenia o działaniu Betaxiny.

Na początku roku 1937 dowiedziałem się po raz pierwszy o pomyślnym działaniu leczniczym Betaxiny w rwie kulszowej, reumatyzmie, nerwobólach i t. p. Jak do wszystkich nowych preparatów również i do Betaxiny odniosłem się początkowo z pewnym sceptycyzmem. Sam cierpiałem już od 2 lat na ciężką lewostronną rwę kulszową. Pomimo starannego leczenia naświetlaniami, masażami i różnymi środkami farmakologicznymi, stan mój powoli lecz stale się pogarszał, tak że już zaledwie z trudem mogłem jechać samochodem lub siedzieć na wyściełanym krześle. Na początku kwietnia 1937 rozpocząłem leczenie Betaxiną, którą

wstrzykiwano mi co drugi dzień. Już po 4. zastrzyku nastąpiła znaczna poprawa, w lewym nerwie kulszowym odczuwałem jedynie niewielkie swędzenie, które po dalszych zastrzykach ustąpiło bez śladu. Po 8. wstrzyknięciu nie odczuwałem już żadnych dolegliwości. Od zakończenia kuracji minęło już ½ roku i cały ten czas czuję się doskonale. Mogę odbywać bez żadnych dolegliwości nawet dalekie wycieczki samochodowe, podczas gdy dawniej musiałem co godzinę wysiadać i wykonywać ćwiczenia ruchowe, gdyż dotkliwe bóle nie dawały mi spokoju. Zachęcony skutecznością Betaxiny, o której przekonałem się na własnej osobie, zacząłem ją stosować również u moich pacjentów w przypadkach, w których masaże, naświetlania i t. d. nie dawały pożądanych wyników leczniczych. Dotychczas miałem sposobność zastosowania Betaxiny w 20 przypadkach. Oto w streszczeniu 5 przykładów pomyślnego wpływu witaminy B_1 na przebieg różnych schorzeń nerwowych i reumatycznych:

1. Chora Z., lat 33. Od 2 lat uporczywe bóle w prawym stawie ramieniowym i kolanowym, promieniujące do ręki i prawej nogi. Leczenie naświetlaniami, wcieraniami i masażami nie sprawia żadnej ulgi. Zastosowałem wobec tego Betaxinę, którą wstrzykiwałem co drugi dzień w dawce po 2 mg. Po 10 wstrzyknięciach zupełne ustąpienie dolegliwości. Dalsze zastrzyki (dla zapobiegnięcia nawrotowi) stosowałem w większych odstępach czasu.

2. Chory K., lat 48. Od szeregu lat cierpi na ciężki reumatyzm mięśni ramienia, tak że czasami zaledwie z wielkim trudem może poruszać ręką. W roku 1935 i 1936 chory przeprowadził staranne 4-tygodniowe kuracje w uzdrowiskach dla reumatyków. Po tych kuracjach stan jego poprawił się, lecz zaledwie na 1 miesiąc, po czym dawne dolegliwości powracały bez żadnej zmiany. W czerwcu zastosowano leczenie Betaxiną. Już po 5. wstrzyknięciu wyraźna poprawa. Po zakończeniu kuracji ustąpienie wszystkich dolegliwości. Badanie kontrolne po 3 miesiącach wykazało, że wyleczenie było trwałe; chory doskonale porusza kończyną i nie odczuwa żadnych bólów.

3. Pani B., lat 55. Na wiosnę 1937 półpasiec. Po ustąpieniu wykwitów silny nerwoból międzyżebrowy. Kąpiele i różne środki przeciwbólowe oraz naświetlania promieniami Rentgena nie uśmierzają uporczywych bólów. Po wstrzykiwaniach Betaxiny zupełne wyleczenie.

4. Chory R., lat 37. Od 2 lat obustronna rwa kulszowa. Czasami tak silne bóle (zwłaszcza przy zmianie pogody), że chory nie może siedzieć. Leczenie Betaxiną. Również i ten chory odczuwał po 4. zastrzyku wrażenie swędzenia. Po zakończeniu kuracji dolegliwości ustąpiły bez śladu.

5. Chora E., lat 58. Z powodu obustronnej rwy kulszowej leży w łóżku; prawie że nie może się poruszać. Już po 1 wstrzyknięciu Betaxiny chora mogła zaniechać przyjmowania środków przeciwbólowych. Po każdym wstrzyknięciu wyraźna, postępująca poprawa. Wyleczenie.

Pragnąłbym tu zwrócić uwagę, że stosowałem Betaxinę przeważnie w przypadkach ciężkich i uporczywych, nie wykazujących skłonności do samoistnej poprawy. Osiągnięte w tych warunkach pomyślne wyniki dowodzą w przekonywujący sposób, że Betaxina istotnie skutecznie leczy dolegliwości neuralgiczne i reumatyczne.

Dr F. Lange, Fryburg n. S.

(Ther. Ber. 1938, Nr. 2)

Przyczyny i leczenie bezpłodności kobiet.

Najczęstszymi przyczynami bezpłodności kobiet są zmiany anatomiczne pochwy, macicy i jajowodów, zaburzenia seksualno-psychiczne kobiet oraz niezdolność zapładniania męża. Wyniki leczenia obustronnej niedrożności jajowodów nie są dotychczas szczególnie pomyślne; nie wolno przede wszystkim ograniczać się tu do jednego zabiegu lub jednego środka (np. próby przedmuchiwania należy po pewnym czasie powtórzyć i t. d.). W przypadkach leczenia hormonalnego niedorozwoju narządów płciowych stosuje się przeważnie follikulinę. Follikulina pobudza rozwój i poprawia ukrwienie hipoplastycznej macicy, reguluje miesiączkowanie, a ponadto pobudza przedni płat przysadki mózgowej, dzięki czemu również i tą drogą sprzyja zjawiskom generacyjnym jajnika, a zwłaszcza wytwarzaniu się ciałka żółtego. Niektórzy lekarze osiągnęli pomyślne wyniki lecznicze za pomocą bardzo dużych dawek follikuliny, np. *Buschbeck* wstrzykuje co 4 tygodnie jednorazowo dużą dawkę (50.000 jednostek mysich follikuliny). *Clauberg* stosuje dawki jeszcze większe i wstrzykuje w ciągu miesiąca 300.000 j. m. (6 razy po 50.000 jednostek co 5 dni). *Clauberg* jest zwolennikiem również t. zw. uderzenia hormonalnego (w 11. dniu cyklu 200.000 j. m. follikuliny i w 16. dniu następnego cyklu 100.000 j. m.). *Haselhorst* stosuje dawki znacznie mniejsze i podaje jako dawkę podstawową 1000 j. m. dziennie doustnie przez 3 tygodnie; w razie niepowodzenia po kilku miesiącach dawkę się zwiększa. *Schröder* i *Siebke* zalecają dla hormonalnego leczenia bezpłodności następujący schemat: w pierwszej połowie cyklu wstrzykuje się 3 — 4 razy po 10.000 jednostek mysich follikuliny; jednocześnie podaje się codziennie po 3.000 j. m. doustnie; w razie potrzeby kurację powtarza się jeszcze 1 — 3 razy. W szeregu przypadków kobiety poprzednio bezpłodne zachodziły po takim leczeniu w ciążę.

Prof. dr Naujoks,
Klinika ginekologiczna w Kolonii.

(Ther. Gwt. 1936, Nr. 8)

Pobudzanie diurezy przez wyciągi wątrobowe.

Autor opisuje chorego cierpiącego na gruźlicę płuc i dotkniętego znacznymi obrzękami. Naparstnica ani środki moczopędne nie zwiększały ilości oddawanego moczu. Dopiero domięśniowe wstrzyknięcie 2 cm^3 Campolonu pobudziło diurezę i doprowadziło do ustąpienia obrzęków. U innego chorego z obrzękami na tle niedomogi serca, stosowanie wstrzykiwań Campolonu wydatnie zwiększało moczopędne działanie Salyrganu. Gdy Salyrgan wykonał już główną pracę usuwania zatrzymanej w ustroju wody, dla dalszego skutecznego pobudzenia diurezy wystarcza często już sam Campolon.

Dr Naim, Disp. Publ. Nac. Antitbc,
Buenos Aires.

(Rev. Asoc. med. argent. 1936, tom 49)

Leczenie róży.

Autor leczył tabletkami Prontosilu album 33 chorych cierpiących na różę. Preparat podawano 3 razy dziennie po 2 tabletki. Wśród chorych byli również ludzie starsi w wieku powyżej 65 lat. Pod wpływem Prontosilu objawy róży i gorączka ustępowały najwyżej w ciągu 48 godzin. W dwóch przypadkach (7-miesięczne dziecko i 69-letnia kobieta) trzeba było zastosować domięśniowe wstrzykiwania Prontosilu solubile (po 5 cm^3).

Jedyny przypadek nawrotu wystąpił po 10 dniach u pewnej młodej kobiety, która początkowo zareagowała na leczenie tak szybko, że Prontosil album podawano zaledwie przez 3 dni. Ponowne zastosowanie Prontosilu doprowadziło do ostatecznego wyleczenia. U 10 chorych leczonych nie Prontosilem, lecz innymi sposobami, czas pobytu w szpitalu wynosił 23,8 dnia, pacjenci zaś leczeni Prontosilem (album) pozostawali w szpitalu tylko 18,4 dnia.

Dr Breen i dr J. Taylon, Londyn.

(Lancet. 1937 Nr. 5936)

Prontosil.

Prontosil jest najskuteczniejszym środkiem leczniczym we wszystkich zakażeniach paciorkowcowych. Przy schorzeniach tych Prontosil jest lekiem tak samo niezbędnym i niezastąpionym jak surowica błonicza w błonicy. Zwłaszcza w praktyce pediatrycznej osiąga się za pomocą Prontosilu szczególnie pomyślne wyniki lecznicze. Przy leczeniu dzieci mamy bowiem często do czynienia z zakażeniami septycznymi, których wczesne przezwyciężenie może skutecznie zapobiec poważnym i nieodwracalnym powikłaniom, a zwłaszcza poważnym uszkodzeniom serca. Dzieci znoszą zwykle Prontosil bardzo dobrze. Preparat podaje się 4 razy dziennie po ½ tabletki w mleku, kakao lub soku owocowym. Zarówno małe jak i starsze dzieci przyjmują zwykle Prontosil bez żadnych zastrzeżeń. Autor stosował często Prontosil w anginach i zapaleniach gruczołów chłonnych z wysoką gorączką. Tak np. jedno półtoraroczne dziecko chorowało ciężko już 8 dni; matka stosowała różne okłady i podawała szereg środków leczniczych; gorączka podnosiła się jednak coraz wyżej; dziecko nie mogło wcale spać i stale jęczało. Gruczoł na szyi był wielkości małego jaja kurzego, twardy, bardzo bolesny. Autor zalecił 4 razy dziennie po ½ tabletki Prontosilu rubrum. (Prontosil album nie posiada żadnej przewagi nad Prontosilem czerwonym). Ponadto zastosowano okład z maści ichtiolowej. Po 2 dniach gorączka obniżyła się z 40,5^0 do 38^0, dziecko znacznie spokojniejsze. Gruczoł dojrzał do otworzenia. Staranne oczyszczenie jamy ropnia, tamponada. Przy zmianie opatrunku po 3 dniach stwierdzono, że jama nie zawiera ropy, wobec czego nałożono zwykły opatrunek. Szybkie zupełne wyleczenie.

Takie same spostrzeżenia autor uczynił również u dorosłych. U chorego stwierdzono zropienie gruczołów chłonnych na ramieniu i w jamie pachowej, jako skutek zakażonej rany na palcu. Gorączka 39^0. Leczenie: 6 razy dziennie po 1 tabletce Prontosilu. Dokuczliwy ból napięcia zmniejszył się znacznie, gorączka obniżyła się, chory o wiele spokojniejszy. Po otworzeniu i opróżnieniu jamy ropnia zastosowano oligodynamicznie działające srebro. Sprawa zagoiła się w krótkim czasie.

W przypadku obustronnego zapalenia gruczołów piersiowych z wielkimi ropniami i wysoką gorączką, Prontosil wpłynął bardzo pomyślnie na przebieg choroby i okazał się cennym uzupełnieniem leczenia chirurgicznego.

Największe tryumfy święci Prontosil w leczeniu róży, w której okazał się on wprost swoistym środkiem terapeutycznym. Działanie Prontosilu przy róży jest szybkie i niezawodne.

Autor opisuje następnie chorego dotkniętego uporczywym przewlekłym zapaleniem pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych. Sprawa przebiegała z gorączką i bardzo bolesnym parciem na mocz. Chory wypróbował już cały szereg różnych leków zwykle stosowanych w schorzeniach dróg moczowych, lecz wszystkie one pozostawały bez wpływu na przebieg choroby. Dopiero zastosowanie Prontosilu doprowadziło do ustąpienia zmian chorobowych i szybko uśmierzyło dolegliwości pacjenta. Po krótkim czasie mętny poprzednio mocz stał się znowu zupełnie przezroczysty.

Tolerancja Prontosilu była bardzo dobra, żadnych poważniejszych objawów działania ubocznego autor nie obserwował ani razu. Autor uważa wobec tego za zupełnie uzasadnione, aby we wszystkich przypadkach, w których należy się liczyć z możliwością posocznicy paciorkowcowej, nie oczekiwać bezczynnie dalszego rozwoju choroby, lecz od razu stosować Prontosil zapobiegawczo.

Dr Bentrup, Kirchlinteln.

(Ther. Ber. 1938, Nr. 4)

Możliwości i granice leczenia naskórnego.

Bürgi wykazał, że prawie wszystkie rozpuszczone związki przenikają przez nieuszkodzoną skórę, jednakże różnice ilościowe tego przechodzenia są bardzo znaczne. Miejscowe środki znieczulające i pochodne kwasu barbiturowego przenikają przez skórę bardzo słabo, tak że działanie ich nie ujawnia się prawie wcale. Uśpienie drogą przez skórę jest możliwe wyłącznie przy zastosowaniu środków o temperaturze wrzenia po-

wyżej 80°, jednakże związki te jak np. $C_2H_2Cl_4$ są silnymi jadami. Okłady z alkoholu mogą wywołać rausz. Dwutlenek węgla przenika przez skórę i działa na małe tętniczki, siarkowodór dochodzi częściowo na tej drodze do chorobowo zmienionych stawów, jod z jodku potasu i chlorek sodu z solanek wchłaniają się przez skórę, przy czym stężenia nie powinny być zbyt wielkie. Kamfora, terpeny i olejki eteryczne dobrze przechodzą przez skórę. Wcierania z olejku chloroformowego uśmierzają bóle, co dowodzi dostatecznego wchłaniania chloroformu. Również i olejek kamforowy działa przeciwbólowo. Hormony również przenikają przez skórę; zwłaszcza follikulina, jako steryna lipolityczna, wchłania się ze skóry bardzo dobrze. Również i insulina wchłania się dobrze przez skórę. We wszystkich tych przypadkach dawkowanie jest jednak niepewne. Rtęć metaliczna przechodzi przez nietkniętą skórę, $HgCl_2$ przez skórę nie przechodzi. Stosowanie Sulfuris colloidalis i praecipitati w oliwie drogą wcierań naskórnych daje pomyślne wyniki lecznicze w artrozach. H_2S przy tym nie wytwarza się. Leczenie naskórne ma według *Bürgi'ego* jeszcze wielkie możliwości przed sobą.

Prof. dr E. Bürgi, Bern.

(Schweiz. med. Woch. 1937, Nr. 20)

Peritoneoskopia.

Stosowanie instrumentów optycznych dla rozpoznawania zrostów opłucnowych jest obecnie zabiegiem już powszechnie znanym, natomiast peritoneoskopia nie znalazła dotychczas zastosowania w praktyce. Autor opisuje wyniki stosowania peritoneoskopii, przy czym opiera się na materiale obserwacyjnym, składającym się z 500 chorych. Miejsce nakłucia znieczula się Novocainą, następnie za pomocą igły, przeznaczonej do dokonywania odmy otrzewnowej, wtłacza się do jamy otrzewnowej powietrze (przy ucisku wskutek puchliny brzusznej jest to niepotrzebne) i wprowadza się teleskop (ew. płyn zastępuje się powietrzem). Na 500 dokonanych badań w jednym nastąpił zgon wskutek krwawienia z przerzutu nowotworowego pochodzącego z wątroby. Po badaniu powietrze znowu się wypuszcza, instrument się wyjmuje i otwór w ścianie brzusznej zamyka się klamerkami skórnymi lub szwem. Przepuklin, zakażeń ani w ogóle żadnych poważniejszych objawów następczych peritoneoskopia nie wywołuje.

Dr I. C. Ruddock,

(Surg. Gyn. Obstet. 1937, Nov. Lancet. 1938, Nr. 5966(

Doświadczalne wywoływanie Osteodystrophia fibrosa za pomocą hormonu gruczołów przytarczycznych i stosunek tego schorzenia do witaminy D.

Karmienie przytarczyczkami wywołuje u szczurów Osteodystrophia fibrosa. Przy przedawkowaniu hormonu dochodzi początkowo do nadmiernego wypłukania wapnia z ustroju z powodu zbyt silnej czynności osteoblastów. Przy długotrwałym stosowaniu paratyreoidyny rozpoczyna się, jako pewien rodzaj odczynu na tę utratę wapnia, nienormalne wytwarzanie się osteoblastów w chorobowo zmienionych tkankach. Nie wszystkie osteoblasty są czynne w zwykły fizjologiczny sposób; powstaje stopniowo włóknista substancja rdzeniowa i wreszcie obraz choroby staje sią bardzo podobny do osteodystrofii u ludzi. Przy podawaniu zbyt wielkich dawek Vigantolu dochodzi, odpowiednio do mniejszego lub większego dostarczania paratyreoidyny, do wyrównania działania witaminy albo do przezwyciężenia zobojętniającego działania witaminy przez paratyreoidynę i do wytworzenia się zmian kostnych, przypominających rozpoczynającą się osteodystrofię. Niedobór witaminy D prowadzi do znacznego uczulenia na działanie hormonu. Przy pożywieniu zawierającym mało witamin i wapnia wytwarza się rozrzedzenie kości typu albo hiperostotycznego albo hipostotycznego.

Dr T. Perras, Ateny. Instyt. Patol. w Berlinie.

(Arch. f. path. Anat. u. Phys. 1935, tom 296)

Pooperacyjne zatrzymanie moczu.

Dla zwalczania pooperacyjnego zatrzymania moczu stosuje się Alypinę (per rectum, dla usunięcia skurczu zwieracza pęcherza moczowego), heksametylenotetraminę, chlorek amonu i cewnikowanie pęcherza. Dla uniknięcia zakażenia pęcherza, występujące-

go w 10% przypadków, wskazany jest Protargol, Trypaflavina, heksametylenotetramina i t. d. Autor przekonał się na własnym materiale, że cewnikowanie, którego często nie można w żaden sposób uniknąć, zawsze związane jest z niebezpieczeństwem wywołania zapalenia pęcherza. Z tego względu w przypadkach pooperacyjnego zatrzymania moczu autor stosuje obecnie wyłącznie wstrzykiwania Esmodilu. U kobiet Esmodil zwalczał anurię prawie zawsze; u mężczyzn w 50% pozwolił uniknąć cewnikowania. Jeżeli Esmodil podziałał, to również i następne wstrzykiwania dawały pożądany wynik. Esmodil wpływa bardzo pomyślnie również i na pooperacyjne porażenie kiszek. Spostrzeżenia autora opierają się na materiale 150 operowanych chorych, u których po zabiegu wystąpiła anuria.

Dr Feldman,
Szpital św. Jana w Budapeszcie.
(Wien. med. Woch. 1937, Nr. 8)

Leczenie ciężkiej gruźlicy płuc za pomocą sztucznego wywoływania gruźlicy skóry.

W przypadkach samoistnej gruźlicy skóry, gruźlica płuc przebiega z reguły w sposób łagodny. Przemawia to na korzyść poglądu, że gruźlica skóry wywiera na ustrój pewien pomyślny ogólny wpływ ochronny. Autor oparł na tym spostrzeżeniu swą nową metodę leczenia gruźlicy płuc. Istota tego nowego sposobu polega na tym, że na skaryfikowanej skórze umieszcza się żywe, złośliwe laseczniki gruźlicze, nie poddane uprzednio żadnym wpływom osłabiającym. Superinfekcja ta wywołuje u chorych na gruźlicę płuc nowe, czynne ognisko choroby w skórze. Dla uniknięcia odczynów ogniskowych należy stosować tylko zupełnie nietknięte laseczniki. Działanie uodporniające jest tym większe, im szczep laseczników jest złośliwszy. Na podstawie spostrzeżeń, poczynionych na materiale przeszło 1.000 szczepień, można stwierdzić, że postępowanie to jest zupełnie nieszkodliwe i nie grozi żadnym niebezpieczeństwem. Gruźlica szczepienna przebiegała zawsze łagodnie i ograniczała się do miejsca szczepienia. Sztuczna gruźlica skóry wywoływała przestrojenie organizmu, które można było wykazać na drodze immunobiologicznej, i wpływała pomyślnie na gruźlicze schorzenia płuc, krtani, kości, gruczołów chłonnych i kiszek. Do szczepienia nadają się wyłącznie tacy pacjenci, u których stwierdza się z całą pewnością obecność schorzenia gruźliczego. Najodpowiedniejsze są przede wszystkim przypadki ciężkie, jednakże przebiegające bez szczególnie wysokiej gorączki i bez objawów ogólnego wyniszczenia; chorzy muszą jeszcze rozporządzać pewnymi siłami rezerwowymi, któreby im umożliwiły przezwyciężenie zakażenia. Wielkie jamy rozpadowe w płucach należy uprzednio leczyć chirurgicznie, gdyż uodporniające działanie stosunkowo nielicznych zaszczepionych laseczników nie może się ujawnić, dopóki drogi oddechowe są przepełnione kolosalną ilością zarazków pochodzących z jam gruźliczych w płucach. Zwykle stosowane leczenie tuberkuliną, złotem i t. d. należy według autora pozostawić tylko dla lżejszych przypadków gruźlicy zamkniętej. We wszystkich cięższych przypadkach, które nadają się jeszcze do leczenia, wskazane jest przeprowadzenie znacznie skuteczniejszego i zupełnie nieszkodliwego leczenia szczepieniem. Dla zwiększenia skuteczności omawianego sposobu leczenia, konieczne jest według autora dalsze możliwe wzmocnienie działania szczepień i stosowanie szczepów o jeszcze większej żywotności, gdyż gruźlica szczepiona, pod względem natężenia objawów i w związku z tym również działania leczniczego, nie dorównywa jeszcze samoistnej gruźlicy skóry.

Dr H. Kutschera — Aichbergen,
Szpital Wilhelminy w Wiedniu.
(Wien. Klin. Woch. 1937, Nr. 46)

Leczenie drążącego owrzodzenia rogówki wyciągiem wątrobowym.

U 60-letniej kobiety rozwinęło się na prawej rogówce owrzodzenie Moorena (Ulcus rodens). Pomimo leczenia sprawa chorobowa objęła stopniowo całą rogówkę. Dokonano pośrodkowej kantoplastyki. W tym samym czasie stwierdzono owrzodzenie również na oku lewym. Owrzodzenie to w ciągu kilku miesięcy zajęło przeszło połowę źrenicy. Dla poprawienia odżywiania rogówki autor zastosował Campolon. W 1. tygodniu wstrzykiwano codziennie po 1 ampułce Campolonu, następnie przez dalsze 3 tygodnie zastrzyki powtarzano co drugi dzień. Brzegi plastyki poddawano kauteryzacji, a ponadto przepłukiwano oczy roztworami soli. Po miesiącu chora wypisała się z kliniki. Co 2 tygodnie wstrzykiwano 1 ampułkę Campolonu. Autor dokonał następnie rozszczepienia zrostów powiek na oku prawym. Rogówka okazała się bardzo cienka i bliznowato zmieniona, jednakże owrzodzenia na obu oczach zagoiły się zupełnie. Wyleczenie było trwałe.

Drugi analogiczny przypadek dotyczył 57-letniego mężczyzny. Wrzód drążący na prawym oku posuwał się coraz dalej. Autor zastosował wstrzykiwania Campolonu. Po 5 tygodniach leczenia wątrobą można już było wypisać pacjenta jako wyleczonego. Chory zaniedbał jednak dokonywania wstrzykiwań Campolonu co 2 tygodnie i owrzodzenie odnowiło się. Po tygodniu leczenia Campolonem sprawa zagoiła się po raz drugi. Badania kontrolne wykazały, że wyleczenie było już ostateczne.

Dr Cantillon, Cork.

(Brit. med. Journ. 1938, Nr. 4018)

NADESŁANE

INSTYTUT BADAWCZY CHIRURGII SPOŁECZNEJ I PRACY ZAWODOWEJ.

Zakończone zostały prace nad organizacją wstępną Instytutu Badawczego Chirurgii Społecznej i Chirurgii Pracy Zawodowej przy II Klinice Chirurgicznej U. J. P.

Zadaniem Instytutu jest pogłębienie wiedzy o mechanice ruchów przy pracy w celu:

1) podniesienia stanu zdrowotnego robotników,
2) przedłużenia okresu energii twórczej człowieka,
3) zmniejszenia wypadkowości przy pracy przez umożliwienie naukowo uzasadnionej akcji zapobiegawczej,
4) zmniejszenia obciążeń instytucyj społecznych z tytułu wypadkowości i chorób zawodowych chirurgicznych.

W zakres pracy swojej Instytut włącza:

1. Prowadzenie badań nad racjonalizacją gospodarki motorem ludzkim z ograniczeniem do aparatu ruchowego.
2. a) Poradnictwo i b) dokonywanie ekspertyz w zakresie podanym w punkcie 1. Czynności te Instytut wykonywać będzie zarówno dla zakładów pracy, zrzeszeń zawodowych, instytucyj państwowych i społecznych oraz pojedyńczych osób.

Kierownictwo Instytutu pozostaje w rękach Prof. D-ra Adolfa Wojciechowskiego, kierownika II Kl. Chirurg. U .J. P., który prace te prowadzić będzie przy udziale D-ra Adama Rużycznera i D-ra Leona Kaliny, jako swoich zastępców.
Zakład ten jest pierwszą tego rodzaju placówką naukową w Polsce.

Redaktor
Mgr Stefan Sabiniewicz

Wydawca:
Dom Handlowy „REMEDIA"
E. Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Złota nr 7. Skrzynka pocztowa nr 748.
Cena prenumeraty rocznej zł 6, półrocznej zł 3.
Odbito w drukarni Galewski i Dau, Warszawa, ul. Ordynacka 6.